2010

Ürolojik Cerrahi Derneği

8. ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

28 EKİM - 1 KASIM 2026

RIXOS SUNGATE HOTEL

ANTALYA



KONGRE BİLİMSEL PROGRAM VE BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTAPÇIĞI

ucd2026.org

2010 Ürolojik Cerrahi Derneği

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarım,

Ürolojik Cerrahi Derneği ailesi olarak **sekizincisini** düzenleyeceğimiz Ulusal Kongremiz, **28 Ekim – 1 Kasım 2026** tarihleri arasında Antalya'nın eşsiz atmosferinde, **Kemer Rixos Sungate Hotel** 'de sizlerle buluşacak.

Kurulduğumuz günden bu yana hep birlikte büyüttüğümüz kongre geleneğimiz, aslında yalnızca bilimsel paylaşımlar için değil; aynı zamanda mesleğimizin değerlerini, dostluklarımızı ve dayanışmamızı pekiştiren özel bir buluşma noktası haline geldi. Bu yıl da yine aynı heyecanla, ürolojideki en güncel gelişmeleri tartışmak, yeni teknolojileri yakından görmek ve genç meslektaşlarımızın dinamizmiyle güçlenmek için bir araya geleceğiz.

Programımız; ulusal ve uluslararası alanda söz sahibi uzmanların konferansları, interaktif kurslar, yarı canlı cerrahi oturumları ve uygulamalı eğitimlerle dolu. Ama en az bunun kadar önemli olan, her yıl olduğu gibi bu kongrede de birbirimizden öğrenme ve paylaşma imkânı bulacak olmamız. Özellikle genç meslektaşlarımızın çalışmalarını bizlerle paylaşmaları, onların bilim yolculuğuna katkıda bulunmak hepimize ayrı bir mutluluk veriyor.

Bizler, ürolojik cerrahiye gönül vermiş büyük bir aile olarak, bilimin ışığında ilerlemeyi, yeniliklere açık olmayı ve birlikte üretmeyi önemsiyoruz. **8. Ulusal Ürolojik Cerrahi Kongresi** de bu anlayışla hazırlanıyor.

Sizleri, hem bilimsel açıdan zengin hem de dostluklarla güzelleşecek bu özel buluşmaya davet ediyoruz. Katılımınızla daha da güçlenecek olan bu kongrede, hep birlikte "**Ürolojinin Kalbinin Attığı Yerde**" olmanın heyecanını yaşayacağımıza inanıyoruz.

Sevgi ve saygılarımızla.

Dr. Levent Sağnak
ÜCD Yönetim Kurulu Başkanı

BİLİMSEL KURUL

Levent Sağnak	Başkan
İlteriş Tekin	2. Başkan
Hüseyin Tarhan	Genel Sekreter
Sedat Öner	Mali Sekreter
Hüseyin Eren	İnternet ve Sosyal Medya Sorumlusu
Cenk Murat Yazıcı	Bilimsel Araştırma Faaliyetleri Sorumlusu
Can Öbek	Dış İlişkiler Sorumlusu
Abdullah Gedik	Şube ve Üye Sorumlusu
Yakup Kordan	Dergi ve Periyodik Yayınlar Sorumlusu
Ozan Bozkurt	Eğitim Faaliyetleri Sorumlusu
Tahsin Turunç	Çalışma Grupları Sorumlusu

BİLDİRİLERİ DEĞERLENDİREN HAKEMLERİMİZ

Hacı Murat Akgül
Nebil Akdoğan
Çağrı Akpınar
Serkan Akıncı
Yavuz Mert Aydın
Dursun Baba
Cem Başataç
Emre Bülbül
Oğuz Özden Cebeci
Erman Ceyhan
Taha Çetin
Burak Çıtamak
Aykut Demirci
Engin Denizhan Demirkıran
Çağrı Doğan
Sevgi Deniz Doğan
Müslüm Doğan Değer
Burak Elmaağaç
Burak Elmas
Abdullah Erdoğan
Oğuzcan Erbatu
Alihan Kokurcan
Kamil Yakupoğlu
Abdülmecit Yavuz
Ahmet Vural
Hakan Türk
Fatih Gökalp
Göktuğ Kalender
Yalçın Kızılkan
Elif Altınay Kırlı
Eralp Kubilay
Şükrü Kumsar
Pınar Ongün
Şakir Ongün
Cevahir Özer
Selçuk Özer
Rıdvan Özcan
Mert Hamza Özbilen
Oktay Özman
Burak Özçift
Esma Özşeker
Mehmet Özen
Adem Sancı
Hilmi Sarı
Ege Sarıkaya
Çağrı Akın Şekerci
Fatih Şimşekoğlu
Kadir Can Şahin
Mehmet Fatih Şahin
Kerem Teke
Recep Serhat Tepe

**İsimler soyadı alfabetik sıralanmıştır.*

2010

Ürolojik
Cerrahi
Derneği

BİLİMSEL PROGRAM

28 EKİM 2026, ÇARŞAMBA SALON B

ÜCD ROBOTİK ÜROLOJİ ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTISI
SUS-RUS/ERUS/ARUS JOINT MEETING

medikasis

13:30-13:40 Açılış Konuşmaları
Dr. Levent Sağnak, Dr. Bülent Önal, Dr. Alberto Breda, Dr. Gang Zhu

13:40-14:30 OTURUM - I

Robotik Prostat Kanser Cerrahisi
Oturum Başkanları: Dr. Alberto Breda, Dr. Gang Zhu, Dr. Bülent Önal

13:40-13:50 Robotik Radikal Prostatektomide Zor Vakalar
Dr. Declan Murphy (ARUS)

13:50-14:00 Apikal Diseksiyon ve Pozitif Cerrahi Sınırdan Kaçınma ve Nörovasküler Demet Koruma Stratejileri
Dr. Ali Rıza Kural (SUS-RUS)

14:00-14:10 Yüksek Riskli Prostat Kanseri ve PLND Sınırları
Dr. Ahmet Gürbüz (SUS-RUS)

14:10-14:20 Salvage Radikal Prostatektomi
Dr. Ruben De Groote (ERUS)

14:20-14:30 Komplikasyonlar ve "Bail-Out" Manevraları - Video Destekli Tartışma
Dr. Alberto Breda (ERUS)

28 EKİM 2026, ÇARŞAMBA SALON B

ÜCD ROBOTİK ÜROLOJİ ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTISI
SUS-RUS/ERUS/ARUS JOINT MEETING

14:30-15:15 OTURUM - II medikasis

Robotik Böbrek Kanseri Cerrahisi

Oturum Başkanları: Dr. Ali Tekin, Dr. Yakup Kordan

14:30-14:45 Vena Kava Trombozu Olan Hastalarda Robotik Radikal Nefrektomi: Hasta Seçimi, Endikasyon ve Teknik İpuçları
Dr. Jean-Christophe Bernard (ERUS)

14:45-14:55 Kompleks Renal Kitleler (RENAL/PADUA yüksek skor)
Dr. Gang Zhu (ARUS)

14:55-15:00 Zero-Ischemia ve Selektif Klemp Teknikleri
Dr. İlter Tüfek (SUS-RUS)

15:00-15:05 Renorafi Teknikleri
Dr. Bülent Önal (SUS-RUS)

15:05-15:15 Olgu Tartışması (Video + Görüntüleme)
Dr. Cemil Uygur (SUS-RUS)

15:15-15:30 KAHVE ARASI

28 EKİM 2026, ÇARŞAMBA — SALON B

ÜCD ROBOTİK ÜROLOJİ ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTISI
SUS-RUS/ERUS/ARUS JOINT MEETING

15:30-16:15 OTURUM - III

medikasis

Robotik Mesane Kanseri Cerrahisi

Oturum Başkanları: Dr. Veli Yalçın, Dr. Talha Müezzinoğlu

Robotik Radikal Sistektomi

15:30-15:40 Erkek ve Kadın Hastada Teknik Farklılıklar
Dr. Seok Ho Kang (ARUS)

15:40-15:50 İntrakorporeal Üriner Diversiyon
Dr. Kenji Zennami (ARUS)

15:50-16:00 İleal Loop vs. Ortotopik Neobladder
Dr. Masashi Takenaka (ARUS)

16:00-16:15 Video Temelli Komplikasyon Yönetimi
Dr. Ömer Burak Argun (SUS-RUS)

16:15-16:35 OTURUM - IV

Robotik Testis Tümörü Cerrahisi

Oturum Başkanları: Dr. İlter Tüfek, Dr. Haluk Akpınar, Dr. Mehmet Yariş

16:15-16:35 Primer ve Post-Kemoterapi RPLND
Dr. Yakup Kordan (SUS-RUS)

28 EKİM 2026, ÇARŞAMBA SALON B

ÜCD ROBOTİK ÜROLOJİ ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTISI
SUS-RUS/ERUS/ARUS JOINT MEETING

16:35-17:10 OTURUM - V

medikasis

Genel Tartışma & Yol Haritası

Oturum Başkanları: Dr. Saadettin Eskiçorapçı, Dr. İsmail Cenk Acar

16:35-16:50 Robot Savaşları ve Yeni Robotik Platformlar
Dr. Xuesong Li (ARUS)

16:50-17:00 Güvenli ve Ölçeklenebilir Tele-Robotik Cerrahi - Standartlar, Kurallar ve Gelecekteki Yönelimler
Dr. Xu Zhang (ARUS)

17:00-17:05 Çok Merkezli Çalışma ve ÜCD Altında Yapılabilecek Projeler
Dr. Elif Altınay Kırlı (SUS-RUS)

17:05-17:10 Kapanış

28 EKİM 2026, ÇARŞAMBA SALON C

ENDOÜROLOJİ TOPLANTISI

13:30-15:15 OTURUM - I

Oturum Başkanları: Dr. Mehmet İlteriş Tekin, Dr. Sedat Öner

13:30-14:15 BPH Oturumu
Benign Prostat Hiperplazisi Cerrahisinde Altın Standart Değişiyor mu?

13:30-13:45 Evet, Lazer Enükleasyon Başrolü Aldı.
Dr. İsmail Cenk Acar

13:45-14:00 Hayır, TURP Hala Baş Rol Oyuncusu.
Dr. Mehmet Yariş

14:00-14:15 Neden Diğer Yöntemler Baş Rolü Almasın?
Dr. Mustafa Bilal Tuna

14:15-15:15 Taş Oturumu
Üst Üriner Sistem Taşlarında Retrograd İntrarenal Cerrahi Gerçekten Başarılı Bir Yöntem mi?

14:15-14:30 Her Üst Üriner Sistem Taşı RIRS ile Başarıyla Tedavi Edilebilir mi?
Dr. Anıl Erkan

14:30-14:45 Hangi Taşsızlık Tanımlaması RIRS Başarısını Gösterir?
Dr. Volkan Şen

14:45-15:00 Milimetrik Rezidü Taşların Gelecekteki Akibeti. Başarıyı Etkiler mi?
Dr. Mehmet Fatih Şahin

15:00-15:15 Tartışma

15:15-15:30 KAHVE ARASI

28 EKİM 2026, ÇARŞAMBA SALON D

ONKOLOJİ TOPLANTISI

13:30-15:15 OTURUM - I

Oturum Başkanları: Dr. Hayrettin Şahin, Dr. Sezgin Güvel

13:30-14:00 Ürolojik Kanserlerde ctDNA ve Liquid Biyopsi: Klinik Pratiğe Girdi mi?
Prostat: *Dr. İbrahim Güven Kartal*
Mesane: *Dr. M. Hamza Gültekin*
Böbrek: *Dr. İbrahim Can Aykanat*

14:00-14:15 MR Pozitif Hastada Biyopsi Stratejisi: Sistematik Biyopsi Hâlâ Gerekli mi? Targeted ve Perilezyonel Biyopsi Yeterli mi?
Dr. Kayhan Tarım

14:15-14:30 Prostat Kanserinde Fokal Tedavi: Kime, Ne Zaman, Nasıl?
Dr. Fatih Şimşekoğlu

14:30-14:45 Oligometastatik Prostat Kanserinde Cerrahi Tedavi: Güncel Kanıtlar
Dr. Barış Esen

14:45-15:00 "KİOMK'de" BCG Standart mı, Alternatif Mesane Koruyucu Tedaviler Nerede Duruyor?
Dr. Hacı Murat Akgül

15:00-15:15 Renal Hücreli Kanser: Neoadjuvan ve Adjuvan Yaklaşımlarda Neredeyiz?
Dr. İlker Akarken

15:15-15:30 KAHVE ARASI

28 EKİM 2026, ÇARŞAMBA SALON E

13:30-14:00 ÜCD REKONSTRÜKSİYON VE TRAVMA ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTISI

13:30-13:45 Açılış Konuşması
Dr. Oğuz Özden Cebeci

13:45-14:00 Tamamlanmış ve Devam Eden Çalışmalar
Dr. Yunus Emre Göğer

14:00-15:15 OTURUM - I

Rejeneratif Tıp ve Üroloji Oturumu
Oturum Başkanları: Dr. Ozan Bozkurt, Dr. Hüseyin Eren

14:00-14:15 Temel Kavramlar
Dr. Mehmet Serkan Özkent

14:15-14:30 Üretra Darlıklarında Rejeneratif Tıp
Dr. Hilmi Sarı

14:30-14:45 Üreter Darlıklarında Rejeneratif Tıp
Dr. Türker Soydaş

14:45-15:00 Artifisyel Mesane? Ne Kadar Yakınız?
Dr. Fatih Gökalp

15:00-15:15 Rejeneratif Ürolojide Yeni Ufuklar
Dr. Ahmet Burak Yılmaz

15:15-15:30 KAHVE ARASI

28 EKİM 2026, ÇARŞAMBA SALON E

ÜCD REKONSTRÜKSİYON VE TRAVMA ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTISI

15:30-16:45 OTURUM - II

Kadın Üretrası ve Periüretral Hastalıkları

Oturum Başkanları: Dr. Fatih Yalçınkaya, Dr. Serdar Geyik

15:30-15:45 Kadın Üretra Anatomisi ve Fizyolojisi
Dr. Hatice Zoroğlu

15:45-16:00 Kadın Üretra Divertikülleri
Dr. Özgür Ekici

16:00-16:15 Kadınlarda Üretral Prolapsus
Dr. Muzaffer Tansel Kılınç

16:15-16:30 Kadın Üretra Darlıkları
Dr. Alihan Kokurcan

16:30-16:45 Kadın Üretra Tümörleri
Dr. İlke Onur Kazaz

28 EKİM 2026, ÇARŞAMBA SALON E

ÜCD REKONSTRÜKSİYON VE TRAVMA ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTISI

16:45-17:45 OTURUM - III

Üretroplasti Sonrasında Bizleri Neler Bekliyor?

Oturum Başkanları: Dr. Oğuz Özden Cebeci, Dr. Reha Girgin

16:45-17:00 Üretroplasti Perioperatif/Postoperatif Hasta Yönetimi
Dr. Erdinç Dinçer

17:00-17:15 Üretroplasti ve Cinsel Yaşam
Dr. Mesut Berkan Duran

17:15-17:30 Üretroplasti Komplikasyonları
Dr. Ömür Memik

17:30-17:45 Üretroplasti Sonrası Nüks Olgulara Yaklaşım
Dr. Ali Can Albaz

28 EKİM 2026, ÇARŞAMBA SALON F

ÜCD YAPAY ZEKA ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTISI

13:25-13:30 Açılış Konuşması
Dr. Necmettin Aydın Mungan

13:30-15:15 OTURUM - I

Yapay Zeka

Oturum Başkanları: Dr. Ahmet Adil Esen, Özgür Yılmaz (Mühendis)

13:30-13:45 Yapay Zekâ Çalışma Grubu: Neden Buradayız, Ne Çıktı Üreteceğiz?
Dr. Engin Denizhan Demirkıran

13:45-14:00 Yapay Zekâ Hasta Bakabilir mi? Ürolojide Bugünkü Gerçeklik
Dr. Engin Denizhan Demirkıran

14:00-14:15 Yapay Zekâ Rehbere Erişebilir mi? Rehbere Uygun Öneri Verebilir mi?
Erdem İsenkul (Mühendis)

14:15-14:30 Klinik Karar, Klinik Karar Verici mi?
Dr. Sinharib Çitgez

14:30-14:45 Ürolojide Öncelikli Yapay Zekâ İhtiyaç Alanları: Nerede Gerçek Değer Üretebiliriz?
Dr. Tünkut Doğanca

14:45-15:15 Tartışma

15:15-15:30 KAHVE ARASI

28 EKİM 2026, ÇARŞAMBA SALON F

ÜCD YAPAY ZEKA ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTISI

15:30-16:30 OTURUM - II

Yapay Zeka Alanında Akademik Üretim, Yayın Stratejisi ve Araştırma Görevlileri

Oturum Başkanları: Dr. Şakir Ongün, Hem. Pınar Ongün

15:30-15:45 Ürolojide Hangi Yapay Zekâ Çalışmaları Gerçekten Yayınlanabilir?
Dr. Fatih Gökalp

15:45-16:00 Üroloji Dergileri Yapay Zekâ Çalışmalarına Nasıl Bakıyor?
Dr. Abdülmecit Yavuz

16:00-16:15 Akademik Üretimde Yapay Zekâ: Fırsatlar, Sınırlar ve Etik Çerçeve
Dr. Erman Ceyhan

16:15-16:30 Araştırma Görevlileri Eğitiminde AI Kullanımı
Dr. Alper Ege Sarıkaya

16:30-17:30 OTURUM - III

Proje Fikirleri ve Çalışma Grubu Üretim Oturumu

Oturum Başkanları: Dr. Hüseyin Tarhan, Erdem İsenkul (Mühendis)

16:30-16:45 ÜCD Yapay Zekâ Çalışma Grubu olarak Hangi Projeleri Başlatabiliriz?
Dr. Burak Elmaağaç

16:45-17:30 Proje Fikirleri Oturumu
5'er dakika sunumlar

28 EKİM 2026, ÇARŞAMBA SALON G

TÜRK ÇOCUK ÜROLOJİSİ DERNEĞİ TOPLANTISI

13:25-13:30 Açılış Konuşması
Dr. Tayfun Oktar

13:30-14:20 OTURUM - I

Hipospadias

Oturum Başkanları: Dr. Orhan Ziylan, Dr. Şaban Sarıkaya

13:30-13:45 Distal Hipospadias: Cerrahi Her Zaman Gerekli mi?
Dr. Berk Burgu

13:45-14:00 Proksimal Hipospadias Cerrahisi: Yıllar İçinde Öğrenilenler ve Güncel Sorunlar
Dr. Orhan Ziylan

14:00-14:15 Hipospadias Cerrahisinde Graft ve Cilt Sorunları
Dr. Tayfun Oktar

14:15-14:20 Tartışma

28 EKİM 2026, ÇARŞAMBA SALON G

TÜRK ÇOCUK ÜROLOJİSİ DERNEĞİ TOPLANTISI

14:20-15:15 OTURUM - II

Erkek Genital Patolojileri

Oturum Başkanları: Dr. Mustafa Özgür Tan, Dr. Ahmet Rüknettin Aslan

14:20-14:35 Mediko-Legal Boyutuyla Sünnet: Hatalı Sünnetlerde Bilirkişi Raporları ve Etik Sorunlar
Dr. Ünsal Özkuvancı

14:35-14:50 Üretral Duplikasyonlar
Dr. Serhat Gürocak

14:50-15:00 Günlük Pratikte Sık Karşılaşılan Penil Deformiteler ve Cerrahi Çözümleri
Dr. Koray Ağras

15:00-15:10 Adolesan Varikosel: Cerrahi Endikasyonlarda "Gri Alanlar"
Dr. Hasan Cem Irkılata

15:10-15:15 Tartışma

15:30-16:00 OTURUM - III

Yandal Paneli: Dirençli Alt Üriner Sistem Disfonksiyonlarına Yaklaşım

Oturum Başkanı: Dr. Hasan Serkan Doğan

Panelistler: Dr. Onur Can Özkan, Dr. A. Fuat Başar, Dr. Can Sicimli, Dr. Hayrunnisa Horozcu

28 EKİM 2026, ÇARŞAMBA SALON G

TÜRK ÇOCUK ÜROLOJİSİ DERNEĞİ TOPLANTISI

16:00-17:00 OTURUM - IV

Çocuk Ürolojisinde Teknolojik Gelişmeler ve Yenilikler

Oturum Başkanları: Dr. Nihat Satar, Dr. Berk Burgu

16:00-16:10 Endoürolojide Minyatürleşme: Mikro-Perk, Ultra-Mini PCNL
Dr. Onur Kaygısız

16:10-16:20 ESWL: Çocuklarda Halen Rolü Var mı?
Dr. Mehmet Gürkan Arıkan

16:20-16:30 Robotik Pediatrik Ürolojide Enstrümentasyon
Dr. Elif Altınay Kırlı

16:30-16:40 Ürodinami ve Uroflowmetride AI-Yorumlama
Dr. Aykut Akıncı

16:40-17:00 Tartışma

28 EKİM 2026, ÇARŞAMBA SALON G

TÜRK ÇOCUK ÜROLOJİSİ DERNEĞİ TOPLANTISI

17:00-18:00 OTURUM - V

Geçiş Ürolojisinde Komplike Olguların Yönetimi

Oturum Başkanları: Dr. Serdar Tekgül, Dr. Cem Aygün

17:00-17:15 Erişkin Dönemde Hipospadias: Zorluklar, Cerrahi Seçenekler ve Sonuçları
Dr. Aykut Akıncı

17:15-17:30 Çocukluktan Erişkinliğe Nörojen Mesane: Uzun Dönem Sonuçlar ve Sorunlar
Dr. Mehmet Mesut Pişkin

17:30-17:45 Opere VUR Olgularının Erişkin Dönemde Takibi: Gebelik ve İYE Perspektifinden Bakış
Dr. İsmail Selvi

17:45-18:00 Tartışma

28 EKİM 2026, ÇARŞAMBA SALON H

ÜCD KOMPLİKASYON ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTISI

13:25-13:30 Açılış Konuşması
Dr. Erman Ceyhan

13:30-14:50 OTURUM - I

Komplikasyon
Oturum Başkanları: Dr. Erman Ceyhan, Dr. Birgi Ercili

13:30-13:45 Komplikasyon mu? Malpraktis mi?
Dr. Hasan Hüseyin Tavukçu

13:45-14:00 Hastanın Aydınlatılması: Rızanın Alınması ve Rıza Formu
Dr. Ozan Can Çeküç

14:00-14:15 Ürologların Konsültan Olduğu Komplikasyonlar
Dr. Gökçe Dündar

14:15-14:30 Endoskopik Cerrahilerde Komplikasyonları Azaltmanın Yolları
Dr. Erman Ceyhan

14:30-14:50 Tartışma

28 EKİM 2026, ÇARŞAMBA SALON M

ÜCD ANDROLOJİ ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTISI

13:00-13:10 Açılış Konuşması
Dr. Enis Rauf Coşkuner

13:10-13:55 OTURUM - I

İnfertilite

Oturum Başkanları: Dr. Enis Rauf Coşkuner, Dr. Cevahir Özer

13:10-13:20 Üreme Sağlığı Biyobelirteci olarak Semen Analizi: Klinisyenin Bilmesi Gerekenler
Dr. Mehmet Vehbi Kayra

13:20-13:30 Tekrarlayan Düşüklerde Erkek Faktörü ve Sperm DNA Fragmentasyonunun Yeri
Dr. Tuncer Bahçeci

13:30-13:40 İdiyopatik Erkek İnfertilitesinin Medikal Tedavisinde Güncel Durum
Dr. İbrahim Şükür

13:40-13:55 İnfertil Erkeklerde Rejeneratif Tedaviler
Yapıyorum: *Dr. Tansu Güdelci*, Yapmıyorum: *Dr. Fesih Ok*

28 EKİM 2026, ÇARŞAMBA SALON M

ÜCD ANDROLOJİ ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTISI

13:55-14:35 OTURUM - II

Hipogonadizm

Oturum Başkanları: Dr. Yalçın Kızılkan, Dr. Eray Hasırcı

13:55-14:05 Kronik Prostatit, Kronik Pelvik Ağrı ve Seksüel Disfonksiyon: Ortak Payda Nedir?
Dr. Halil Demirçakan

14:05-14:15 Yaşlanan Erkekte Geç Başlangıçlı Hipogonadizmin Tanısı ve Tedavisi
Dr. Mert Kılıç

14:15-14:25 Testosteron Replasman Tedavisinde Zorluklar (Kardiyovasküler Hastalıklar, Venöz Tromboembolizm, Prostat Kanseri, Metabolik Durumlar)
Dr. Oğuzhan Kahraman

14:25-14:35 Post-Prostatektomide Penil Rehabilitasyonda artık Rutin bir Protokole Kavuştuk mu?
Dr. Fırat Çağlar Budak

28 EKİM 2026, ÇARŞAMBA SALON M

ÜCD ANDROLOJİ ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTISI

14:35-15:15 OTURUM - III

Erektil Disfonksiyon

Oturum Başkanları: Dr. Çağrı Doğan, Dr. Mustafa Çağlar

14:35-14:45 Erektil Disfonksiyon Tanı ve Tedavisi; Penil Protezden Önceki Son Çıkış
Dr. Hakan Anıl

14:45-14:55 Genç Erkekte Erektil Disfonksiyon: Yaşam Tarzı, Psikososyal Etkenler ve Erken Uyarı İşaretleri
Dr. Nart Görgü

14:55-15:05 Erektil Disfonksiyonda Rejeneratif Tedaviler: Kanıt, Protokol ve Etkinlik
Dr. Abdullah Çırakoğlu

15:05-15:15 Erektil Disfonksiyon Tanı & Tedavisinde En Sık Hatalar
Dr. Ali Can Albaz

15:15-15:30 KAHVE ARASI

28 EKİM 2026, ÇARŞAMBA SALON M

ÜCD ANDROLOJİ ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTISI

15:30-16:10 OTURUM - IV

Ejakülatuar Disfonksiyon

Oturum Başkanları: Dr. Önder Çinar, Dr. Murat Demir

15:30-15:40 Prematür Ejakülasyonun Tanısı ve Güncel Medikal Tedaviler
Dr. Uğur Akgün

15:40-15:50 Prematür Ejakülasyonun Tedavisinde Medikal Dışı Tedaviler
Dr. Murat Demir

15:50-16:00 Anorgazmi, Anejakülasyon, Gecikmiş Ejakülasyon ve Çözüm Yolları
Dr. Abdülkadir Tepeler

16:00-16:10 Prostat Cerrahilerinde Ejakülasyonu Nasıl Koruyabiliriz?
Dr. Kağan Türker Akbaba

28 EKİM 2026, ÇARŞAMBA SALON M

ÜCD ANDROLOJİ ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTISI

16:10-16:50 OTURUM - V

Kadın Cinsel Sağlığı

Oturum Başkanları: Dr. Şükrü Kumsar, Dr. Mehmet Hamza Gültekin

16:10-16:20 Kadınlarda Klitoral Komplekse Dair Her Şey
Dr. Mesut Berkan Duran

16:20-16:30 Squirting ve Kadın Ejakülasyonu: Mitler ve Gerçekler
Dr. Selcen Bahadır (Jinekolog)

16:30-16:40 Kadın Anorgazmisine Ürolojik Bakış ve Tedavi Yaklaşımı
Dr. Mustafa Çağlar

16:40-16:50 Kadın Cinsel İşlev Bozukluğunda Güncel Medikal Tedaviler ve Testosteron Hormonunun Yeri
Dr. Göktuğ Kalender

28 EKİM 2026, ÇARŞAMBA SALON M

ÜCD ANDROLOJİ ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTISI

16:50-17:30 OTURUM - VI

Araştırma Görevlisi Toplantısı

Oturum Başkanları: Dr. Abdülmecit Yavuz, Dr. Önder Çinar

16:50-17:00 30 Yıl Önce Kendime Söyleseydim: Bir Mentordan Genç Androloğa Tavsiyeler
Dr. Ahmet Adil Esen

17:00-17:10 Asistan Gözünde Androloji: Algı ve Gerçek
Dr. Zihni Can Dağdeviren

17:10-17:20 Penil Fraktür ve Priapizme Yaklaşım
Dr. Ömer Uslu

17:20-17:30 Sporcularda Testosteron Kullanımı ve Sosyal Medyada Bilgi Kirliliği
Dr. Erdem Can Topkaç

28 EKİM 2026, ÇARŞAMBA — SALON A

18:00-19:00 AÇILIŞ TÖRENİ

Dr. Levent Sağnak

29 EKİM 2026, PERŞEMBE SALON A

08:15-09:00 TÖREN

Cumhuriyet Bayramı Töreni
Bando Eşliğinde Cumhuriyet Bayramı Kutlaması

09:00-09:10 Açılış Konuşması
Dr. Levent Sağnak

09:10-09:50 OTURUM - I

Düşük ve Orta Riskli Prostat Kanseri Oturumu
Oturum Başkanları: Dr. Levent Sağnak, Dr. Can Öbek

09:10-09:18 Düşük Riskli Prostat Kanseri Hastasında Aktif İzlem Altın Standart Olmalıdır
Dr. Caroline Moore

09:18-09:22 Tartışma

09:22-09:50 Panel: Favorable Orta Riskli Lokalize Prostat Kanseri
60 Yaşında, Sağlıklı, MR ve Füzyon Biyopside Periferik Zonda Tek Odakta ISUP GG2 Tümörü Saptanan (yalnız hedef biyopside), PSA Değeri 9 olan Favorable Orta Riskli Prostat Kanseri Hastasında İdeal Tedavi Nedir?

09:22-09:27 Aktif İzlem
Dr. Özgür Çakmak

09:27-09:32 Fokal Tedavi
Dr. Arvin George

09:32-09:37 Radikal Prostatektomi
Dr. Ali Tekin

09:37-09:42 Radyoterapi
Dr. H. Fazilet Dinçbaş (Radyasyon Onkolojisi)

09:42-09:50 Tartışma

29 EKİM 2026, PERŞEMBE SALON A

09:50-10:30 INTERNATIONAL SOCIETY LECTURES - I

Oturum Başkanları: Dr. Levent Sağnak, Dr. Can Öbek

09:50-10:02 European Association of Urology (EAU) Lecture: The Future of Uro-Oncology inEurope
Dr. Arnulf Stenzl

10:02-10:14 Focal Therapy Society Lecture: Surgical Margins in the Era of Precision
Dr. Rafael Sanchez Salas

10:14-10:26 European Board of Urology (EBU) Lecture: Yeterlilikten Yetkinliğe ve Ustalığa: Ürolojide Yaşam Boyu Öğrenme
Dr. Serdar Tekgül

10:26-10:30 Tartışma

10:30-10:50 KAHVE ARASI

10:50-11:30 UYDU SEMPOZYUMU - I

RECORDATI

Moderatör: Dr. Necmettin Aydın Mungan

Lokal Evreden Metastatik Evreye Prostat Kanseri Tedavisine Bakış ve "ELIGARD"

Dr. Can Öbek
Dr. H. Fazilet Dinçbaş (Radyasyon Onkolojisi)
Dr. Mehmet Ali Nahit Şendur (Medikal Onkoloji)

11:20-11:30 Tartışma

29 EKİM 2026, PERŞEMBE SALON A

11:30-12:10 OTURUM - II

Androloji Oturumu

Oturum Başkanları: Dr. Emre Akkuş, Dr. Mehmet Bülent Alıcı

11:30-11:45 Surgical Therapy of Peyronie's Disease: State-of-the-art 2026
Dr. Georgios Hatzichristodoulou

11:45-12:00 2026 EAU Guidelines on Male Infertility - What is New?
Dr. Suks Minhas

12:00-12:10 Tartışma

12:10-13:00 ÖĞLE YEMEĞİ

13:00-13:40 OTURUM - III

Yapay Zeka Oturumu

Oturum Başkanları: Dr. Ahmet Adil Esen, Dr. Hüseyin Tarhan

13:00-13:15 ÜCD ve Yapay Zeka: Geleceği Kodlamak
Dr. Necmettin Aydın Mungan

13:15-13:25 Ürolojide Dijital İkiz
Dr. İlker Akarken

13:25-13:40 The Future of Urology: From Carbon Footprint to Artificial Intelligence
Dr. Arnulf Stenzl

29 EKİM 2026, PERŞEMBE — SALON A

13:40-14:20 UYDU SEMPOZYUMU - II

MEDINOVA TIP TEKNOLOJİLERİ

Robotic HIFU in Prostate Cancer Treatment: The Focal One® Experience
Dr. Pascal Rischmann

14:20-14:40 KAHVE ARASI

14:40-15:20 OTURUM - IV

ÜCD Tanıtımı
Oturum Başkanları: Dr. Ahmet Adil Esen, Dr. Serdar Tekgül

14:40-14:48 ÜCD UroBot
Dr. Necmettin Aydın Mungan

14:48-14:56 Çalışma Grupları
Dr. Tahsin Turunç

14:56-15:04 JUS
Dr. Kamil Fehmi Narter

15:04-15:12 Uropedia
Dr. Şakir Ongün

15:12-15:20 AGEP
Dr. Ömer Burak Argun

29 EKİM 2026, PERŞEMBE SALON A

15:20-16:00 OTURUM - V

Robotik Üroloji Oturumu

Oturum Başkanları: Dr. Ali Rıza Kural, Dr. Bülent Önal

15:20-15:30 Holographic Imaging Enhanced Robotic Surgery - Challenging Partial Nephrectomy and Beyond
Dr. Gang Zhu

15:30-15:40 3 Boyutlu Görüntü Kılavuzluğunda Parsiyel Nefrektomi: Teknik ve Sonuçlar
Dr. Jean - Christophe Bernard

15:40-15:50 Robotik Parsiyel Nefrektomide Güncel Stratejiler
Dr. Bülent Önal

15:50-16:00 Robotik Radikal Prostatektomide Kontinans Sağlayıcı Teknikler
Dr. Ali Rıza Kural

16:00-16:40 OTURUM - VI

Çocuk Ürolojisi Oturumu

Oturum Başkanları: Dr. Şaban Sarıkaya, Dr. Cem Aygün

16:00-16:15 Megaüreter Tedavisi: Genel Bakış
Dr. Hasan Serkan Doğan

16:15-16:30 Çocuklarda İşeme Disfonksiyonu: Nereden Nereye Gelindi?
Dr. Tayfun Oktar

16:30-16:40 Tartışma

29 EKİM 2026, PERŞEMBE SALON A

16:40-17:20 OTURUM - VII

Komplikasyon Oturumu

Oturum Başkanları: Dr. Tahsin Turunç, Dr. Erman Ceyhan

16:40-16:50 BPH Cerrahisinde Komplikasyonlar ve Önleme Stratejileri
Dr. Hasan Hüseyin Tavukçu

16:50-17:00 Üroonkolojik Cerrahilerde Zor Anlar: Videolarla Komplikasyonlar
Dr. Muhammet Yaytokgil

17:00-17:10 Üriner Taş Cerrahisinde Komplikasyonlar: Nerede Durmalıyız?
Dr. Oğuzhan Kahraman

17:10-17:20 Tartışma

29 EKİM 2026, PERŞEMBE — SALON M

11:15-12:15 CANLI CERRAHİ -I

medikasis

Uzmanının Elinden Retrograd İntrarenal Cerrahi

Oturum Başkanları: Dr. Mehmet İlteriş Tekin, Dr. Kandarp Parikh

Cerrah: Dr. Olivier Traxer

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ameliyathanesi

12:30-13:30 CANLI CERRAHİ - II

MEDİNOVA TIP TEKNOLOJİLERİ

Yeni Teknolojilerle HoLEP Cerrahisi: Hibrit Etkili Holmium Lazer ve Dijital Video Endoskopi ile Canlı Cerrahi

Moderatörler: Dr. Cenk Murat Yazıcı, Dr. Nevzat Can Şener

Cerrah: Dr. Tarık Emre Şener

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ameliyathanesi

13:30-14:00 CANLI CERRAHİ - III

WADS Advanced Diagnostic Solutions

Üretra Darlığı: Optilume Balon Uygulaması

Moderatör: Dr. Ozan Bozkurt

Cerrah: Dr. Oğuz Özden Cebeci

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ameliyathanesi

29 EKİM 2026, PERŞEMBE SALON B

14:40-15:20 ANDROLOJİ KURSU - I

İnfertilite

Oturum Başkanları: Dr. Ümit Gül, Dr. Mert Kılıç

14:40-14:50 Erkek İnfertilitesinde Antioksidan Kullanımında Güncelleme
Dr. Eray Hasırcı

14:50-15:00 ReTESE Hangi Hastaya Uygulanmalı ve Sonuçları İyileştirmek için Neler Yapılabilir?
Dr. Cevahir Özer

15:00-15:10 ICSI Başarısını Öngörmede Kullanılan Parametreler ve Bize Anlattıkları
Dr. Berk Hazır

15:10-15:20 YÜT Uygulamalarında Genetik Danışmanlık Hangi Durumlarda Önemli
Dr. Burak Sivaslıoğlu

15:30-16:10 ANDROLOJİ KURSU - II

Peyronie Cerrahileri

Oturum Başkanları: Dr. Önder Kayıgil, Dr. Mesut Altan

15:30-15:40 Peyronie Cerrahisi Temel Bilgiler
Dr. Necati Arici

15:40-15:50 Peyronie Cerrahisi Plikasyon Teknikleri
Dr. Alkan Çubuk

15:50-16:00 Peyronie Cerrahisi Greft Teknikleri
Dr. Çağrı Doğan

16:00-16:10 Tartışma

29 EKİM 2026, PERŞEMBE SALON B

16:20-17:00 ANDROLOJİ KURSU - III

Androlojide Güncel Tartışmalar ve Yeni Yaklaşımlar

Oturum Başkanları: Dr. Umut Gönülalan, Dr. İyimser Üre

16:20-16:30 Adölesan (Genç Erkekte) Varikosel: Kime Cerrahi, Kime Takip?
Dr. Nezih Tamkaç

16:30-16:40 Peyronie Hastalığında Erken Dönem Medikal Tedavi Gerçekten İşe Yarıyor mu?
Dr. Burak Elmaağaç

16:40-16:50 NOA Hastasında Mikro-TESE Öncesi Hormonal Optimizasyon Gerekli mi?
Dr. Nart Görgü

16:50-17:00 Penil Protez Cerrahisinde "One Size Fits All" Yaklaşımı Bitti mi?
Dr. Mesut Berkan Duran

17:10-17:40 ANDROLOJİ KURSU - IV

Oturum Başkanı: Dr. Tayyar Alp Özkan

17:10-17:40 Transforming Andrology Through Global Collaboration: The GAF Model for High-Impact Research and Innovation
Dr. Ashok Agarwal

29 EKİM 2026, PERŞEMBE SALON C

14:40-18:00 PROSTAT KANSERİNDE FOKAL TEDAVİ KURSU

Oturum Başkanları: Dr. Can Öbek, Dr. Barış Bakır (Radyolog)

14:40-14:45 Welcome and Introduction

14:45-15:00 What is the Rationale for Focal Therapy?
Dr. Fatih Şimşekoğlu

15:00-15:15 Identifying the Index Lesion and Multifocality
Dr. Barış Bakır (Radyolog)

15:15-15:30 Patient Selection Criteria: Who Are The "Good, Bad, and Ugly" Candidates?
Dr. Pascal Rischmann

15:30-15:45 Which Energy Source is Best - and for Whom
Dr. Arvin George

15:45-16:00 Focal Therapy vs. Radical Treatments, Side Effects and Oncological Control
Dr. Rafael Sanchez Salas

16:00-16:15 Caveats of Focal Therapy: Multifocality, Recurrence, and Limited Evidence
Dr. Arvin George

16:15-16:30 KAHVE ARASI

Oturum Başkanları: Dr. Pascal Rischmann, Dr. Rafael Sanchez Salas

16:30-16:45 Recurrence - When Is It a True Failure and When Not?
Dr. Caroline Moore

16:45-17:00 Salvage Radical Prostatectomy After Focal Therapy - Is It a Disaster?
Dr. Rafael Sanchez Salas

17:00-17:15 Salvage Focal Therapy for Radio-Recurrent Prostate Cancer
Dr. Caroline Moore

17:15-18:00 **Panel Discussion:** Challenging Cases, Patient Selection Criteria and More
Moderators: Dr. Arvin George, Dr. Can Öbek
Panelists: Dr. Caroline Moore, Dr. Pascal Rischmann, Dr. Rafael Sanchez Salas, Dr. Barış Bakır, Dr. Fatih Şimşekoğlu

29 EKİM 2026, PERŞEMBE SALON D

14:40-15:20 GENEL ÜROLOJİ KURSU - I

AUA Mikroskopik Hematüri Kılavuzu: Güncel Yaklaşım, Risk Sınıflaması ve Klinik Pratik

Oturum Başkanları: Dr. Hayrettin Şahin, Dr. Hüseyin Eren

14:40-14:50 Kılavuzun Temel Değişiklikleri
Dr. Ayhan Arslan

14:50-15:00 Risk Sınıflaması ve Görüntüleme
Dr. İlke Onur Kazaz

15:00-15:10 Sitoloji, Markerlar ve Özel Hasta Grupları
Dr. Taner Divrik

15:10-15:20 Vaka Bazlı Tartışma

15:30-16:10 REKONSTRÜKTİF ÜROLOJİ KURSU - I

Post-Prostatektomi İdrar Kaçırma

Oturum Başkanları: Dr. Mehmet Oğuz Şahin, Dr. Reha Girgin

15:30-15:40 Post-Prostatektomi İdrar Kaçırmada Değerlendirme
Dr. Türker Altuntaş

15:40-15:55 Erkek İdrar Kaçırmasında Askı Cerrahisinin Yeri
Dr. Alihan Kokurcan

15:55-16:10 Yapay Üretral Sfinkter: Ne Zaman, Kime?
Dr. Hilmi Sarı

16:20-17:20 BİLDİRİ OTURUMU - I / SS (1-12)

Oturum Başkanları: Dr. Yakup Bostancı, Dr. Halil İbrahim İvelik

29 EKİM 2026, PERŞEMBE SALON E

14:40-15:20 ROBOTİK ÜROLOJİ KURSU - I

Adım Adım Robot Radikal Prostatektomi Kursu

Oturum Başkanları: Dr. Fatih Yalçınkaya, Dr. Ali Tekin

14:40-14:50 Temeller, Port Dizilişleri ve Batına Giriş Teknikleri
Dr. Uğur Aferin

14:50-15:00 Mesane Boynu Düşürülmesi ve Seminal Veziküllerin Diseksiyonu
Dr. Ahmet Gürbüz

15:00-15:10 Nörovasküler Demet Diseksiyonu ve Koruma
Dr. Cem Başataç

15:10-15:20 Apikal Diseksiyon ve Üretrovezikal Anastomoz
Dr. Burak Çıtamak

15:30-16:10 KOMPLİKASYON KURSU - I

Bir Komplikasyon Davasının Anatomisi: Tanı ve Tedaviden Davaya

Oturum Başkanları: Dr. Aykut Başer, Dr. Erman Ceyhan

15:30-16:00 **Panel**
Ürolog: *Dr. Alper Şimşek*
Avukat: *Av. Gürkan Sert*
Bilirkişi: *Dr. Kamil Çam*

16:00-16:10 Tartışma

16:20-17:20 BİLDİRİ OTURUMU - II / SS (13-24)

Oturum Başkanları: Dr. Mustafa Kaplan, Dr. Fatih Çolak

29 EKİM 2026, PERŞEMBE SALON F

14:40-15:20 ENDOÜROLOJİ KURSU - I

Oturum Başkanları: Dr. Sedat Öner, Dr. Volkan Şen

14:40-14:50 1 cm Böbrek Taşları Mutlaka Tedavi Edilmeli mi?
Evet: *Dr. Kerem Teke*, Hayır: *Dr. Aslan Demir*

14:50-15:00 Benign Prostat Hiperplazisinde TURP Ölüyor mu?
Evet: *Dr. Erhan Sarı*, Hayır: *Dr. Serhan Çimen*

15:00-15:10 PCNL'de Ne Kadar İnce O Kadar İyi mi?
Evet: *Dr. Yakup Bostancı*, Hayır: *Dr. Mehmet Selçuk Keskin*

15:10-15:20 Tartışma

15:30-16:10 ENDOÜROLOJİ KURSU - II

Boston Scientific Advancing science for life™ | ERDOĞU

Oturum Başkanları: Dr. Ahmet Bora Küpeli, Dr. Hakan Türk

15:30-15:40 Retrograd İntrarenal Cerrahide Böbrek İçi Sıcaklık Ne Kadar Önemli?
Dr. Hakan Sığva

15:40-15:50 Retrograd İntrarenal Cerrahide Böbrek İçi Basınçlar Ne Kadar Önemli?
Dr. Onur Karslı

15:50-16:00 Retrograd İntrarenal Cerrahide Böbrek İçi Sıcaklığını Nasıl Kontrol Altında Tutalım?
Dr. Yunus Emre Göğer

16:00-16:10 Retrograd İntrarenal Cerrahide Böbrek İçi Basıncı Nasıl Kontrol Altında Tutalım?
Dr. Mehmet Fatih Şahin

29 EKİM 2026, PERŞEMBE SALON F

16:20-17:00 ENDOÜROLOJİ KURSU - III

Adım Adım Laparoskopik Cerrahi

Oturum Başkanları: Dr. Hakan Vuruşkan, Dr. Adnan Gücük

16:20-16:30 Laparoskopik Cerrahide Ekipman
Dr. Yasin Ceylan

16:30-16:40 Laparoskopik Cerrahide Enerji Kaynakları
Dr. İlke Onur Kazaz

16:40-16:50 Laparoskopik Cerrahide Cerrahi Teknikler (Tips and Tricks)
Dr. Hakan Vuruşkan

16:50-17:00 Laparoskopik Cerrahide Komplikasyonlardan Nasıl Korunurum (Tips and Tricks)
Dr. Musa Ekici

29 EKİM 2026, PERŞEMBE SALON G

14:40-15:20 ÇOCUK ÜROLOJİSİ KURSU - I

Meraklısına Antenatal Hidronefroz ve Sonrası Yönetim: Bir Üroloğun Bilmesi Gerekenler

Oturum Başkanları: Dr. Ahmet Rüknettin Aslan, Dr. Cem Aygün

14:40-14:50 Epidemiyoloji, Sınıflama, Değerlendirme
Dr. Burak Özçift

14:50-15:00 Üreterosel ve Çift Sistemde Yaklaşım
Dr. Hasan Serkan Doğan

15:00-15:10 Üreteropelvik Bileşke Darlığı Açık ve Laparoskopik Cerrahi Tedavisinde Dikkat Edilecekler
Dr. Serhat Gürocak

15:10-15:20 Vezikoüreteral Reflünün Endoskopik ve Açık Cerrahisinde Dikkat Edilecekler
Dr. Aykut Akıncı

15:20-16:20 BİLDİRİ OTURUMU - III / SB (1-20)

Oturum Başkanları: Dr. Serdar Geyik, Dr. Mehmet Serkan Özkent

16:20-17:20 BİLDİRİ OTURUMU - IV / VS (1-12)

Oturum Başkanları: Dr. Uğur Mungan, Dr. Mehmet Yiğit Yalçın

29 EKİM 2026, PERŞEMBE SALON H

15:20-16:20 BİLDİRİ OTURUMU - V / SB (21-40)

Oturum Başkanları: Dr. Recep Serhat Tepe, Dr. Onur Kalaycı

16:20-17:20 BİLDİRİ OTURUMU - VI /VS (13-24)

Oturum Başkanları: Dr. Mehmet Yariş, Dr. İbrahim Can Aykanat

30 EKİM 2026, CUMA — SALON A

08:30-09:10 OTURUM - VIII

Rekonstrüktif Üroloji Oturumu
Semi-Live Üretra Darlığı

Oturum Başkanları: Dr. Ozan Bozkurt, Dr. Oğuz Özden Cebeci

08:30-08:38 Meatal ve Fossa Navikularis Stenozu
Dr. Oğuz Özden Cebeci

08:38-08:46 Bulber Üretra Darlıkları
Dr. David Hernández Hernández

08:46-08:54 Pelvik Fraktür İlişkili Üretra Darlıkları
Dr. Ozan Bozkurt

08:54-09:02 Mesane Boynu Darlıkları
Dr. Felix Campos Juanatey

09:02-09:10 Tartışma

09:10-09:50 INTERNATIONAL SOCIETY LECTURES - II

Oturum Başkanları: Dr. Mehmet Bülent Alıcı, Dr. Enis Rauf Coşkuner

09:10-09:25 EAU Section of Genitourinary Reconstructive Surgeons (ESGURS) Lecture: Current Management of Ischaemic Priapism
Dr. David Ralph

09:25-09:40 European Society for Sexual Medicine (ESSM) Lecture: From Bench to Bedside - Acute Penile Prosthesis in Priapism
Dr. Asif Muneer

09:40-09:50 Tartışma

09:50-10:10 KAHVE ARASI

30 EKİM 2026, CUMA SALON A

10:10-10:50 OTURUM - IX

Mesane Kanseri Oturumu

Oturum Başkanları: Dr. Uğur Altuğ, Dr. Necmettin Aydın Mungan

10:10-10:18 <3 cm. Tümörde En-Bloc Rezeksiyon Yeni Altın Standart mı?
Dr. Cavit Can

10:18-10:26 Kasa İnvaze Olmamış Mesane Kanserinde Evreleme Nasıl Yapılmalı? Evrelere Göre Standart Tedaviler Neler Olmalı?
Dr. Mehmet Necmettin Mercimek

10:26-10:34 BCG Yanıtsızlığı ve BCG'ye Maruziyet Farkı Nelerdir? Her İki Senaryoda Tedavi Seçenekleri Nelerdir?
Dr. İbrahim Güven Kartal

10:34-10:42 Varyant Histoloji Varlığı Kasa İnvaze Olan ve Olmayan Mesane Kanserinde Klinik Yaklaşımı Nasıl Etkiliyor?
Dr. İlke Onur Kazaz

10:42-10:50 Metastatik Kasa İnvaze Mesane Kanserinde Birinci ve Sonraki Basamaklarda Sistemik Tedavi Ne Olmalıdır?
Dr. Hüseyin Salih Semiz (Medikal Onkoloji)

10:50-11:30 UYDU SEMPOZYUMU - III

RECORDATI

Moderatör: Dr. Sedat Öner

Aşırı Aktif Mesane Tanılı Hastalarda Propiverin ve Doz Seçenekleri

Dr. Osman Köse

30 EKİM 2026, CUMA — SALON A

11:30-12:10 OTURUM - X

Androloji Oturumu

Oturum Başkanları: Dr. Hamdi Özkara, Dr. Tahir Turan

11:30-11:50 Penile Unburying Techniques after Surgery or Radiotherapy
Dr. Asif Muneer

11:50-12:10 Hormone Stimulation in Male Infertility - Does It Have a Role?
Dr. Suks Minhas

12:10-13:00 ÖĞLE YEMEĞİ

13:00-13:40 OTURUM - XI

Endoüroloji Oturumu
Üst Üriner Sistem Endoskopik Cerrahisi

Oturum Başkanları: Dr. Feridun Şengör, Dr. Sinan Zeren

13:00-13:10 Üst Üriner Sistem Tümörlerinde Endoskopik Tedavi
Dr. Volkan Şen

13:10-13:18 Endoürolojide Laser Teknolojisi: Hangi Lazer? Hangi Hastaya?
Dr. Thomas Knoll

13:18-13:26 Taş Tedavisinde Yapay Zeka. Hangi Aşamadayız?
Dr. Hakan Çakır

13:26-13:34 Üreter Darlığında Endoskopik Girişimler
Dr. Kerem Teke

13:34-13:40 Tartışma

30 EKİM 2026, CUMA SALON A

13:40-14:20 UYDU SEMPOZYUMU - IV

NOBEL

LUTS'tan İnkontinansa: Tadalafil & Duloksetin
Dr. Sinharib Çitgez

14:20-14:40 KAHVE ARASI

14:40-15:20 OTURUM - XII

İşlevsel Üroloji Oturumu
Kadında Stres Tipi İdrar Kaçırma
Oturum Başkanları: Dr. Ahmet Adil Esen, Dr. Cenk Murat Yazıcı

14:40-14:50 Stres Tipi İdrar Kaçırma Fizyopatolojisi Tedaviyi Nasıl Belirliyor?
Dr. Muzaffer Tansel Kılınç

14:50-15:00 Orta Üretra Askıları
Dr. Ersin Köseoğlu

15:00-15:10 Otolog Pubovajinal Sling ve Bulking Ajanlar
Dr. Hatice Sıçramaz

15:10-15:20 Rekürren Stres Tipi İdrar Kaçırmada Klinik Yönetim
Dr. Osman Köse

15:20-15:40 KAHVE ARASI

16:00-16:40 OTURUM - XIII

Çocuk Ürolojisi Oturumu
Panel: Anne Karnından ErişkinliğeVezikoüreteral Reflü
Oturum Başkanları: Dr. Nihat Satar, Dr. Rasin Özyavuz
Moderatör: Dr. Serdar Tekgül
Panelistler: Dr. Berk Burgu, Dr. Tayfun Oktar, Dr. Mehmet Mesut Pişkin

30 EKİM 2026, CUMA SALON A

16:40-17:20 GENÇ AKADEMİSYEN SUNUMLARI



Oturum Başkanları: Dr. Levent Sağnak, Dr. Hüseyin Tarhan, Dr. Cenk Murat Yazıcı

16:40-16:46 Aşırı Aktif Mesanede Medikal Tedavi Seçimi: Kılavuzlardan Klinik Pratiğe
Dr. Burak Köseoğlu

16:46-16:52 Ultrason ve Floroskopi Rehberliğinde PNL'nin Kanıta Dayalı Karşılaştırması
Dr. Erdinç Dinçer

16:52-16:58 Mesane Kanseri ve Ürobiyom
Dr. Muhammed Selçuk Özer

16:58-17:04 Ürolojide Yapay Zekâ Çalışmalarında En Sık Yapılan Metodolojik Hatalar
Dr. Ferhat Çoban

17:04-17:10 Cinsel Sağlıkta Tedavi Edici Cihazlar ve Üroloji Hekiminin Rolü
Dr. Göktuğ Kalender

17:10-17:16 Penil Protez Cerrahisinde Ektopik Rezervuar Yerleştirilmesi: Güncel Kanıtlar, Cerrahi Teknik ve Pratik Yaklaşım
Dr. Naci Burak Çınar

17:16-17:20 Tartışma

30 EKİM 2026, CUMA SALON A

17:20-18:00 OTURUM - XIV

Genel Üroloji Oturumu
HPV Paneli - Vaka Bazlı MultidisiplinerYaklaşım

Moderatörler: Dr. Hüseyin Tarhan, Dr. Hüseyin Eren

Panelistler:
Dr. Tayyar Alp Özkan
Dr. Selcen Bahadır - (Jinekolog)
Dr. Saliha Koç - (Dermatolog)

30 EKİM 2026, CUMA SALON M

08:30-10:30 CANLI CERRAHİ - IV

Medtronic

HUGO - RAS Multimodüler Robotik Sistem ile Robot Radikal Prostatektomi

Moderatörler: Dr. Ali Tekin, Dr. Mehmet Salih Boğa

Cerrah: Dr. Yakup Kordan

Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ameliyathanesi

10:30-11:00 SEMILIVE OTURUMU

ENDOSKOPİ MEDİKAL TİCARET

Prostat Kanseri Fokal Tedavi (IRE Tekniği ile)

Moderatör: Dr. Barış Bakır (Radyolog)

IRE-Nortion: Technical Aspects and Key Differences
Dr. Dong Pak Kwan

IRE Semilive Cerrahi
Dr. Barış Bakır (Radyolog)

30 EKİM 2026, CUMA SALON M

11:00-13:00 CANLI CERRAHİ - V



Telesurgery - EDGE Multiport Robotik Sistem ile Robotik Radikal Prostatektomi

Moderatörler: Dr. Saadettin Eskiçorapçı, Dr. Özgür Çakmak

Cerrah: Dr. Jun Yang

Kongre Merkezi, Antalya - Tongji Hospital, Çin

13:00-15:00 CANLI CERRAHİ - VI

Da Vinci Single Port ile Ekstraperitoneal Robotik Sistem ile Radikal Prostatektomi

Moderatörler: Dr. Ali Rıza Kural, Dr. İlter Tüfek

Cerrah: Dr. Yakup Kordan

Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ameliyathanesi

30 EKİM 2026, CUMA SALON B

07:00-08:00 BİLDİRİ OTURUMU - VII / SS (25-36)

Oturum Başkanları: Dr. Serkan Akıncı, Dr. Kerem Gençer Kutman

14:40-15:20 ANDROLOJİ KURSU - V

Penil Protez Cerrahileri

Oturum Başkanları: Dr. Tahsin Turunç, Dr. Hakan Anıl

14:40-14:50 Penil Protez ABC'si (SUT dahil temel teorik bilgiler)
Dr. Halil Demirçakan

14:50-15:00 Penil Protez Uygulaması
Dr. Murat Gül

15:00-15:10 Komplike Vakalarda Penil Protez Uygulamaları
Dr. Mesut Altan

15:10-15:20 Tartışma

30 EKİM 2026, CUMA SALON B

15:30-16:10 ANDROLOJİ KURSU - VI

MikroTESE

Oturum Başkanları: Dr. Hasan Deliktaş, Dr. Tansu Güdelci

15:30-15:40 Nonobstrüktif Azospermi Hastalarında Tanı ve Değerlendirme
Dr. Yalçın Kızılkan

15:40-15:50 Primer MikroTESE Uygulaması
Dr. Mehmet Hamza Gültekin

15:50-16:00 Sekonder MikroTESE Uygulaması
Dr. Tufan Çiçek

16:00-16:10 Tartışma

30 EKİM 2026, CUMA SALON B

16:20-17:00 ANDROLOJİ KURSU - VII

Androlojik Cerrahilerde "Tips and Tricks"

Oturum Başkanları: Dr. Aykut Başer, Dr. Özer Ural Çakıcı

16:20-16:30 Penil Protez Cerrahisinin Püf Noktaları
Dr. Murat Gül

16:30-16:40 Peyronie Cerrahisinin Püf Noktaları
Dr. Önder Kayıgil

16:40-16:50 TESE Cerrahisinin Püf Noktaları
Dr. Ümit Gül

16:50-17:00 Varikosel Cerrahisinin Püf Noktaları
Dr. Hasan Deliktaş

30 EKİM 2026, CUMA SALON C

07:00-08:00 BİLDİRİ OTURUMU - VIII / SS (37-48)

Oturum Başkanları: Dr. Aşkın Eroğlu, Dr. Hilmi Sarı

08:30-10:30 SUS - USI JOINT MEETING



Moderatörler: Dr. Serdar Tekgül, Dr. Uttam Mete

08:30-08:45 Robotic Urological Surgery: Technical Pearls from a High-Volume Academic Center
Dr. Uttam Mete

08:45-09:00 Active Surveillance for Small Renal Masses: Myth or Reality?
Dr. Rajeev T P

09:00-09:15 RIRS in 2026: Optimizing Outcomes in Complex Stone Disease
Dr. Kandarp Parikh

09:15-09:30 What Defines Stone-Free After RIRS? Does Every Millimeter Matter?
Dr. Volkan Şen

09:30-09:45 LUTS Beyond BPH: What Every Urologist Should Know
Dr. Engin Denizhan Demirkıran

09:45-10:00 Natural History of Benign Prostatic Hyperplasia: Does Every Patient Require Treatment?
Dr. Tarık Emre Şener

10:00-10:15 The Research Assistant Training Program (AGEP) of SUS
Dr. İzel Yavuzer

10:15-10:30 Educational Activities of the Urological Society of India (USI)
Dr. Pratik Agrawal

30 EKİM 2026, CUMA SALON C

13:40-17:45 ESU - RECONSTRUCTION AND TRAUMA COURSE

13:40-13:45	European School of Urology: A Unique Possibility for Urological Education *Dr. Felix Campos Juanatey*
13:45-14:05	EAU Guidelines Recommendations on Urethral Stricture Disease *Dr. Felix Campos Juanatey*
14:05-14:25	Urethral Strictures: Surgical Anatomy, Diagnostic Work-Up and Treatment Algorithms *Dr. David Hernández Hernández*
14:25-14:45	Step by Step Urethroplasty: From Bulbar Strictures to Pelvic Fracture Distraction Injuries (semi-live) *Dr. Felix Campos Juanatey, Dr. David Hernández Hernández*
14:45-15:10	**Interactive Case Discussion:** Complex Strictures and Postprostatectomy Anastomotic Stenosis *Dr. Ozan Bozkurt, Dr. Felix Campos Juanatey, Dr. David Hernández Hernández*
15:10-15:40	KAHVE ARASI
15:40-16:00	Urinary Fistulae After Pelvic Surgery and Childbirth: Vesico-Vaginal and Recto-Urethral Fistulae *Dr. David Hernández Hernández*
16:00-16:20	Prosthetic Surgery in Reconstructive Urology: AUS and Penile Implants After Trauma and Surgery (semi-live) *Dr. Felix Campos Juanatey, Dr. David Hernández Hernández*
16:20-16:40	EAU Guidelines Recommendations on Upper Tract Trauma: When to Operate and When to Observe? *Dr. Felix Campos Juanatey*
16:40-17:00	EAU Guidelines Recommendations on Bladder, Urethral and Genital Trauma *Dr. David Hernández Hernández*
17:00-17:20	Step by Step Ureteroplasty and Ureteric Reimplantation: From Direct Uretero-Ureterostomy to Appendix Interposition (semi-live) *Dr. Felix Campos Juanatey*
17:20-17:40	**Interactive Case Discussion:** From Emergency Room to Delayed Reconstruction *Dr. Ozan Bozkurt, Dr. Felix Campos Juanatey, Dr. David Hernández Hernández*
17:40-17:45	Close

30 EKİM 2026, CUMA SALON D

07:00-08:00 BİLDİRİ OTURUMU - IX / SB (41-60)

Oturum Başkanları: Dr. Mehmet Gürkan Arıkan, Dr. Aykut Akıncı

14:40-15:20 ENDOÜROLOJİ KURSU - IV

Oturum Başkanları: Dr. Mehmet Murat Baykam, Dr. Ali Güneş

14:40-14:48 Üriner Sistem Taş Hastalığında Etiyopatogenez
Dr. Engin Denizhan Demirkıran

14:48-14:56 Taş Analizi ve Metabolik Değerlendirme
Dr. Mehmet Levent Akbulut

14:56-15:04 Medikal Tedavi, Kimlere Hangi Tedavi?
Dr. Mehmet Necmettin Mercimek

15:04-15:12 Takip. Nasıl Hangi Yöntemle?
Dr. Cem Başataç

15:12-15:20 Tartışma

30 EKİM 2026, CUMA SALON D

15:30-16:10 ENDOÜROLOJİ KURSU - V

Endoüroloji Kılavuzlarında Ne Değişti?
Eskisi Neydi Yenisi Ne Oldu?

Oturum Başkanları: Dr. Cenk Murat Yazıcı, Dr. Mehmet Necmettin Atsü

15:30-15:40 Üst Üriner Sistem Taş Hastalığı
Dr. Sinan Avcı

15:40-15:50 Benign Prostat Hiperplazisi
Dr. Tarık Emre Şener

15:50-16:00 Üst Üriner Sistem Tümörleri
Dr. Muhammed Selçuk Özer

16:00-16:10 Tartışma

30 EKİM 2026, CUMA — SALON E

07:00-08:00 BİLDİRİ OTURUMU - X / SB (61-78, 359)

Oturum Başkanları: Dr. Elife Kettaş Dölek, Dr. Saadet Çömez

09:25-09:50 ÜCD ÜROLOJİ HEMŞİRELİĞİ ÇALIŞMA GRUBU OTURUMU

OTURUM - I

Oturum Başkanları: Dr. Esma Özşaker, Uzm. Hem. Nilüfer Çetin

09:25-09:30 Açılış Konuşması
Uzm. Hem. Nilüfer Çetin

09:30-09:50 Üroloji Hemşireliğinde Sürdürülebilirlik: İnovatif Dönüşüm Süreci
Dr. Pınar Ongün

09:50-10:10 KAHVE ARASI

10:10-11:00 OTURUM - II

Üroloji Hemşireliğinde Yenilikler ve Gelecek

Oturum Başkanları: Dr. Fatma Vural, Hem. Çiğdem Suyolcu

10:10-10:25 Üroloji Hemşireliğinde Dijital Hasta Eğitimi ve Mobil Sağlık Uygulamaları
Dr. Şeyma Yurtseven

10:25-10:40 Üroloji Hastasının Bakımında Tele Sağlık Uygulamalarının Kullanımı
Hem. Ruken Yıldırım

10:40-10:55 Üroloji Hemşireliğinde Hasta Güvenliğini Artıran İnovatif Uygulamalar
Dr. Esma Özşaker

10:55-11:00 Tartışma

30 EKİM 2026, CUMA SALON E

11:00-12:05 OTURUM - III

Üro-Onkolojik Cerrahi Süreçte Bakım

Oturum Başkanları: Dr. Gamze Bozkul, Uzm. Hemş. Gözde Sezer

11:00-11:15 Semptom Yönetimi
Hem. Seda Ulusoy

11:15-11:30 Genç Yetişkinlerin Bakım Yönetimi
Hem. Mihriban Çelikkollu

11:30-11:45 Cinsel Fonksiyon Yönetimi ve Danışmanlık
Hem. Gülseren Süler

11:45-12:00 Palyatif Bakım Yönetimi
Hem. Güldeniz Olgun

12:00-12:05 Tartışma

12:05-13:00 ÖĞLE YEMEĞİ

13:00-13:20 OTURUM - IV

Zor Vaka Yönetimi (İnteraktif Sunum)

Oturum Başkanları: Dr. Şeyma Yurtseven, Hemş. Seda Ulusoy

13:00-13:20 Fournier Gangreni ve Hemşirelik Bakım Süreci
Dr. Büşra Şahin

30 EKİM 2026, CUMA SALON E

13:20-14:10 OTURUM - V

Hasta Bakımında Güncel Yaklaşımlar

Oturum Başkanları: Dr. Nazife Gamze Özer Özlü, Hemş. Gülseren Süler

13:20-13:35 Ürosepsis Hastasının Bakımı
Hem. Çiğdem Suyolcu

13:35-13:50 TUR-P Sendromunda Bakım
Hem. Gözde Sezer

13:50-14:05 Ürolitiazis Hastasının Bakımı
Hem. Nurşen Açar

14:05-14:10 Tartışma

14:10-14:40 KAHVE ARASI

14:40-15:00 OTURUM - VI

Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonlarının Önlenmesi: Bakım Paketleri

Oturum Başkanları: Dr. Büşra Şahin, Hem. Mihriban Çelikkollu
Dr. Elife Kettaş Dölek

30 EKİM 2026, CUMA SALON E

15:00-15:50 OTURUM - VII

Özel Gruplarda Bakım Uygulamaları

Oturum Başkanları: Dr. Pınar Ongün, Hem. İmran Akkaynak

15:00-15:15 Geriatrik Hastanın Bakım Yönetimi
Dr. Fatma Vural

15:15-15:30 Pediatrik Hastanın Bakım Yönetimi
Hem. Muhabbet Kaya

15:30-15:45 Pelvik Taban Rehabilitasyonunda Hemşirelik Yaklaşımları
Hem. Bilgin Savran

15:45-15:50 Tartışma

15:50-16:45 OTURUM - VIII

Ürolojide Robotik Cerrahi Hemşireliği

Oturum Başkanları: Uzm. Hem. Nilüfer Çetin, Hem. Çiğdem Suyolcu

15:50-16:05 Robotik Ameliyatlardan Önce Hasta Bakımı ve Hazırlığı
Hem. Kerem Mesci

16:05-16:20 Robotik Ameliyatlarda Hemşirenin Rolü
Hem. Filiz Şabahat

16:20-16:35 Robotik Ameliyatlardan Sonra Hasta Bakımı
Hem. Çarem Tunçlar Yılmaz

16:35-16:40 Tartışma

16:40-16:45 Kapanış

30 EKİM 2026, CUMA SALON F

07:00-08:00 BİLDİRİ OTURUMU - XI / SB (79-98)

Oturum Başkanları: Dr. Burhan Baylan, Dr. Engin Dereköylü

14:40-15:20 ONKOLOJİ KURSU - I

Prostat Kanseri Oturumu

Oturum Başkanları: Dr. Reşit Tokuç, Dr. Cemil Uygur

14:40-14:48 Radikal Prostatektomi ile Birlikte Lenf Nodu Diseksiyonu Her Hastada Yapılmalı mı? Sınırları Ne Olmalı? Sağ Kalıma Katkısı Var mı?
Dr. Mustafa Kaplan

14:48-14:56 55 Yaşında, Patolojisi ISUP 4 Adenokanser, BT ve Kemik Sintigrafisinde 3 Adet Kemik Metastazı olan de Novo Oligometastatik Hastada Primer Tümörü Tedavi Etmek Yeni Altın Standart mı?
Dr. Barış Esen

14:56-15:04 PSMA-PET'in Klinikte Optimum Kullanımı Nasıl Olmalıdır?
* Yeni Tanı Alan Metastatik Hastada İdeal Çekim Zamanı Nedir?
* Alevlenme Fenomeni ve Yol Açabileceği Klinik Yanıltıcı Kararlar Nelerdir?
* mKDPK'de Progresyonu Yönetmekteki Yeri Nedir?
Dr. M. Fani Bozkurt (Nükleer Tıp)

15:04-15:12 Hormonal Tedavinin Yan Etkilerinden Hastayı Nasıl Korumalıyız?
Dr. Yavuz Akman

15:12-15:20 Tartışma

30 EKİM 2026, CUMA SALON F

16:20-17:00 ROBOTİK ÜROLOJİ KURSU - II

Robotik Parsiyel Nefrektomi Kursu

Oturum Başkanları: Dr. Ömer Burak Argun, Dr. Barış Esen

16:20-16:30 Temeller, Port Dizilimleri ve Batına Giriş Teknikleri
Dr. Mehmet Hamza Gültekin

16:30-16:40 Renal Pedikülün Hazırlanması ve Klempleme
Dr. Saadettin Eskiçorapçı

16:40-16:50 Renal Kitle Rezeksiyon Teknikleri
Dr. Tünkut Doğanca

16:50-17:00 Renorafi Teknikleri ve Kanama Kontrol Yöntemleri
Dr. İsmail Cenk Acar

30 EKİM 2026, CUMA SALON G

07:00-08:00 BİLDİRİ OTURUMU - XII / SB (99-118)

Oturum Başkanları: Dr. Fesih Ok, Dr. Mert Yavuz Aydın

14:40-15:20 GENEL ÜROLOJİ KURSU - II

Erkeklerde Kronik Pelvik Ağrı Sendromunda Rejeneratif Tedaviler

Oturum Başkanları: Dr. Bora İrer, Dr. Müslim Doğan Değer

14:40-14:50 ESWT Hangi Tip ve Nasıl Kullanıyorum?
Dr. Muhsin Balaban

14:50-15:00 PRP, Eksozom ve Kök Hücre İntraprostatik Uygulayalım mı?
Dr. Ömür Erdem Akkaya

15:00-15:10 Klinik Mikrobiyoloji Tedavinin Neresinde?
Dr. Elif Bilge Uysal (Mikrobiyolog)

15:10-15:20 Vaka Sunumu

30 EKİM 2026, CUMA SALON G

15:30-16:10 GENEL ÜROLOJİ KURSU - III

Böbrek Kistleri, Bosniak Sınıflaması, Görüntüleme ve Modern Yönetim

Oturum Başkanları: Dr. Erdal Benli, Dr. Uğur Üyetürk

15:30-15:40 Böbrek Kistlerinin Radyolojik Sınıflaması ve Perkütan Tedavisi
Dr. Ahmet Şükrü Alparslan (Girişimsel Radyolog)

15:40-15:50 Laparoskopik ve Robotik Tedavi
Dr. Mehmet Salih Boğa

15:50-16:10 Vakalar Tartışması
Dr. Doğan Sabri Tok, Dr. Selim Yazar

16:20-17:20 BİLDİRİ OTURUMU - XV / VS (25-36)

Oturum Başkanları: Dr. Ahmet Bora Küpeli, Dr. Hakan Çakır

30 EKİM 2026, CUMA SALON H

07:00-08:00 BİLDİRİ OTURUMU - XIII / SB (119-138)

Oturum Başkanları: Dr. Mehmet Selçuk Keskin, Dr. Sedat Eğriboyun

14:40-15:20 UDEK TOPLANTISI

Hekim İntiharları ve Tükenmişlik

Dr. Ayşegül Bilen (TTB-UDEK 2. Başkanı)

16:20-17:20 BİLDİRİ OTURUMU - XVI / VS (37-48)

Oturum Başkanları: Dr. Dursun Baba, Dr. Türker Soydaş

30 EKİM 2026, CUMA SALON K

08:30-17:30 ESU - ÜCD BOOTCAMP

(Sadece 1. ve 2. yıl araştırma görevlileri katılımlıdır.)

30 EKİM 2026, CUMA SALON N

07:00-08:00 BİLDİRİ OTURUMU - XIV / SB (139-158)

Oturum Başkanları: Dr. Alper Gök, Dr. Mustafa Bilal Tuna

15:30-17:30 ONKOLOJİ KURSU - II

Prostat MR/TRUS Füzyon Biyopsi ve Fokal Tedavi Kursu

Oturum Başkanları: Dr. Barış Bakır (Radyolog), Dr. Talha Müezzinoğlu

15:30-15:45 Ürologlar İçin Temel mpMRG Değerlendirmesi
Dr. Barış Bakır (Radyolog)

15:45-16:00 MR-TRUS Füzyon Biyopsi Adımları Nasıl Yapılmalı?
Dr. Talha Müezzinoğlu

16:00-16:15 Prostat Biyopsi: Sadece Lezyon+Perilezyonel Biyopsi mi? Transperineal Yeni Standart mı?
Dr. Ahmet Ender Caylan

16:15-16:30 Prostat Kanserinde Fokal Tedavi
Dr. Fatih Şimşekoğlu

16:30-17:30 Transrektal-Transperineal MR/TRUS Prostat Füzyon Biyopsi ve Fokal Tedavi Enerji Kaynakları
Hands-on Workshop (Fantom Üzerinde)

31 EKİM 2026, CUMARTESİ SALON A

08:30-09:10 OTURUM - XV



Olgular Eşliğinde Metastatik Prostat Kanseri

Oturum Başkanları: Dr. Can Öbek, Dr. Ahmet Gürbüz

08:30-08:38 Genetik Analiz: Prostat Kanserinde Kime ve Neden Yapılmalıdır?
Dr. Shin Egawa

08:38-08:40 Tartışma

08:40-09:10 **Panel:** Olgular Eşliğinde

* Radikal Prostatektomi Sonrası Adjuvan/Kurtarma Tedavisi - Kime Ne zaman?
* Oligometastatik Hastalarda (metakron vs. oligonüks) Metastazlara RT + ADT Sonuçları
* Lutesyum Tedavisi Hangi Hastada ve Hangi Evrede Uygundur?
* Hangi Metastatik Hastada İkili, Hangi Hastada Üçlü Sistemik Tedavi Uygundur?

Moderatör: Dr. Can Öbek

Panelistler: Dr. Mustafa Özgüroğlu (Medikal Onkoloji), Dr. Şefik İğdem (Radyasyon Onkolojisi), Dr. M. Fani Bozkurt (Nükleer Tıp), Dr. Ahmet Gürbüz

31 EKİM 2026, CUMARTESİ SALON A

09:10-09:50 INTERNATIONAL SOCIETY LECTURES - III

Oturum Başkanları: Dr. Levent Sağnak, Dr. Can Öbek

09:10-09:22 Urological Association of Asia (UAA) Lecture: Radiotherapy for Localized Prostate Cancer, a Urologist's View
Dr. Shin Egawa

09:22-09:34 Arab Association of Urology (AAU) Lecture: New Options in the management of NMIBC
Dr. Mohamed Mousa

09:34-09:46 Urological Society of India (USI) Lecture: Use of MRI in the Diagnostic Pathway for Bladder Cancer and Specific Utility of VI-RADS Scoring System
Dr. Uttam Mete

09:46-09:50 Discussion

09:50-10:10 KAHVE ARASI

31 EKİM 2026, CUMARTESİ SALON A

10:10-10:50 OTURUM - XVI

Rekonstrüktif Üroloji Oturumu
Üreter Darlıkları

Oturum Başkanları: Dr. İlhan Çelebi, Dr. Ersin Köseoğlu

10:10-10:18 Psoas Hitch ve Boari Flap
Dr. David Hernández Hernández

10:18-10:26 İleal Üreter Transpozisyonu
Dr. Felix Campos Juanatey

10:26-10:34 Ototransplantasyon
Dr. Yarkın Kamil Yakupoğlu

10:34-10:42 Üreteroenterik Darlıklar
Dr. Rados Djinovic

10:42-10:50 Tartışma

10:50-11:30 UYDU SEMPOZYUMU - V

Rigicon® Innovative Urological Solutions

Complications of Inflatable Penile Prosthesis Insertion

Oturum Başkanı: Dr. Emre Akkuş

Dr. David Ralph

31 EKİM 2026, CUMARTESİ — SALON A

11:30-12:10 OTURUM - XVII

Endoüroloji Oturumu
Vakalar Eşliğinde Endoürolojide Kabus Komplikasyonlar. Nasıl Korunmalıyım?

Oturum Başkanları: Dr. Mehmet İlteriş Tekin, Dr. Sedat Öner

11:30-11:40 PNL
Dr. Sinan Zeren

11:40-11:50 RIRS
Dr. Thomas Knoll

11:50-12:00 Laser Prostatektomi
Dr. İsmail Cenk Acar

12:00-12:10 Tartışma

12:10-13:00 ÖĞLE YEMEĞİ

31 EKİM 2026, CUMARTESİ SALON A

13:00-13:40 OTURUM - XVIII

Böbrek Kanseri Oturumu
Prof. Dr. Bülent Akdoğan Anısına

Oturum Başkanları: Dr. Hayrettin Şahin, Dr. Cemil Uygur

13:00-13:08 Küçük Renal Kitleler: 2026 Yılında Kime İzlem? Kime Ablasyon? Kime Ameliyat Uygundur?
Dr. Cavit Can

13:08-13:16 Genetik Analiz: Renal Kitlesi olan Hangi Hastalara Önerilmelidir?
Dr. Barış Kuzgunbay

13:16-13:24 İmmunoterapi Çağında Sitoredüktif Nefrektomi Hangi Hasta için ve Ne Zaman Uygundur?
Dr. Hacı Murat Akgül

13:24-13:32 Nefrektomi Sonrası Hangi Hastaya Adjuvan Tedavi Verilmelidir? HIF-2α İnhibisyonu Yeni Standart Olacak mı?
Dr. Hüseyin Salih Semiz (Medikal Onkoloji)

13:32-13:40 Tartışma

31 EKİM 2026, CUMARTESİ SALON A

13:40-14:20 OTURUM - XIX

Oturum Başkanları: Dr. Hamdi Özkara, Dr. Enis Rauf Coşkuner

13:40-13:55 TURED for Ejaculatory Duct Obstruction
Dr. Asif Muneer

13:55-14:10 Penile Prosthesis Implantation Combined with Grafting Techniques
Dr. Georgios Hatzichristodoulou

14:10-14:20 Tartışma

14:20-14:40 KAHVE ARASI

14:40-15:20 OTURUM - XX

İşlevsel Üroloji Oturumu
Pelvik Organ Prolapsusu: Anterior ve Apikal Kompartman Defektleri

Oturum Başkanları: Dr. Erdal Doruk, Dr. Adem Sancı

14:40-14:55 Anterior Prolapsusta Tanı ve Tedavi
Dr. Adem Sancı

14:55-15:10 Apikal Prolapsusta Abdominal ve Vajinal Yaklaşımlar
Dr. Ersin Köseoğlu

15:10-15:20 Tartışma

31 EKİM 2026, CUMARTESİ SALON A

15:20-16:00 OTURUM - XXI

Genel Üroloji Oturumu
Uzmanlar için Sosyal Medyada Görünür ve Etkin Olma

Oturum Başkanları: Dr. Hüseyin Eren, Dr. Fatih Gökalp

15:20-15:30 Sosyal Medya Kullanımında Kanunlar ve Yönetmelikler Ne Diyor?
Emre Can Baysal (Sosyal Medya Uzmanı Marka Danışmanı)

15:30-15:40 Sosyal Medyada İçerik Üretmenin Püf Noktaları
Mustafa Çay (Klinik Psikolog)

15:40-16:00 Sosyal Medyayı Nasıl Yönetirim?
Panelistler: Dr. Hüseyin Eren, Dr. Emre Can Baysal, Dr. Mustafa Çay

16:00-16:40 OTURUM - XXII

Androloji Oturumu
Penil Rekonstrüksiyon ve Rejeneratif Androloji: Güncel Uygulamalar

Oturum Başkanları: Dr. Önder Çinar, Dr. Berk Hazır

16:00-16:10 Penis Başı Dolgusu
Dr. Şükrü Kumsar

16:10-16:20 Penis Kalınlaştırma
Dr. Özer Ural Çakıcı

16:20-16:30 Eksozom/Kök Hücre ve PRP Uygulamaları
Dr. Umut Gönülalan

16:30-16:40 Tartışma

31 EKİM 2026, CUMARTESİ SALON A

16:40-17:20 OTURUM - XXIII

Robotik Üroloji Oturumu

Oturum Başkanları: Dr. Mehmet Necmettin Atsü, Dr. Nevzat Can Şener

16:40-16:48 Pediatrik Robotik Cerrahiler
Dr. Elif Altınay Kırlı

16:48-16:56 Robot ile Kombine Ürolojik Cerrahiler
Dr. İlter Tüfek

16:56-17:04 Robotik Radikal Sistektomi + Üriner Diversiyon: Güncel Durum
Dr. Yakup Kordan

17:04-17:12 Robotik Basit Prostatektomi
Dr. Ali Tekin

17:12-17:20 Tartışma

31 EKİM 2026, CUMARTESİ SALON M

08:30-10:30 CANLI CERRAHİ - VII

MicroPort®

Telesurgery - Toumai Robotik Sistem ile Robotik Radikal Prostatektomi

Moderatörler: Dr. Ali Tekin, Dr. Kandarp Parikh
Cerrah: Dr. Bülent Önal

İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi - Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Ameliyathanesi

11:30-13:30 CANLI CERRAHİ - VIII

CORDAMED BIOMEDICAL ENGINEERING

Da Vinci Multiport Robotik Sistem ile Parsiyel Nefrektomi

Moderatörler: Dr. Ali Tekin, Dr. Talha Müezzinoğlu

Cerrah: Dr. Burak Argun

İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Ameliyathanesi

31 EKİM 2026, CUMARTESİ SALON B

07:00-08:00 BİLDİRİ OTURUMU - XVII / SB (159-178)

Oturum Başkanları: Dr. Abdullah Erdoğan, Dr. Ferhat Uçurmak

14:40-15:20 ONKOLOJİ KURSU - III

Testis Kanseri

Oturum Başkanları: Dr. Uğur Altuğ, Dr. Serdar Göktaş

14:40-14:48 İnfertilite Nedeniyle Yapılan Tetkikte, Testisinde İnsidental olarak 8 mm Solid Lezyon Saptanan Hastada: Testis Koruyucu Cerrahi mi, Radikal Orşiektomi mi?
Dr. İlker Akarken

14:48-14:56 Evre 1 Testis Kanserinde Hastalarımızı Gereksiz mi Tedavi Ediyoruz? Seminom ve Non-Seminomda İzleme Alınamayacak Hastalar Kimlerdir?
Dr. Alper Özorak

14:56-15:04 Testis Tümöründe Görüntüleme:
* Takip Hastalarında MR ile Hastayı Radyoaktiviteden Koruyabilir miyiz?
* FDG PET Hangi Hastada Endikedir - Gereğinden Fazla mı Kullanılıyor?
Dr. Barış Kuzgunbay

15:04-15:12 Retroperitoneal Lenf Nodu Diseksiyonu: 2026 Yılında Yeri Nedir?
Dr. Tünkut Doğanca

15:12-15:20 Tartışma

31 EKİM 2026, CUMARTESİ SALON B

15:30-16:10 ONKOLOJİ KURSU - IV

Ürotelyal Karsinom

Oturum Başkanları: Dr. Hakan Özkardeş, Dr. Uğur Mungan

15:30-15:37 Üst Üriner Sistem Ürotelyal Kanserinde Hangi Hastada Organ Koruyucu Tedavi Uygundur?
Dr. Mehmet Necmettin Mercimek

15:37-15:44 Üst Üriner Sistem Ürotelyal Kanserinde Neoadjuvan ve Adjuvan Tedavi Kimlere Verilmelidir?
Dr. Hüseyin Salih Semiz (Medikal Onkoloji)

15:44-15:51 Kasa İnvaze Mesane Kanserinde Neoadjuvan Tedavi Kime Verilmeli ve Ne Olmalıdır?
Dr. Mustafa Özgüroğlu (Medikal Onkoloji)

15:51-16:10 **Panel:** Yeni ve Etkili Sistemik Tedavi Çağında Radikal Sistektomi Tarih mi Oluyor? Neoadjuvan Tedaviye Yanıta Göre Kişiselleştirilmiş Tedavi Dönemine mi Giriyoruz?

15:51-15:56 Trimodal Tedavi Çoğu Hastada Tercih Edilmeli
Dr. Şefik İğdem (Radyasyon Onkolojisi)

15:56-16:01 Tam Yanıtta İzlem Makul Bir Seçenek
Dr. Mustafa Özgüroğlu (Medikal Onkoloji)

16:01-16:06 Radikal Sistektomi Hala Altın Standart
Dr. Hakan Türk

16:06-16:10 Tartışma

16:20-17:20 BİLDİRİ OTURUMU - XXIV / SB (299-318)

Oturum Başkanları: Dr. Ahmet Metin Hasçiçek, Dr. Fatih Özdemir

31 EKİM 2026, CUMARTESİ SALON C

07:00-08:00 BİLDİRİ OTURUMU - XVIII / SB (179-198)

Oturum Başkanları: Dr. İsmail Selvi, Dr. Selman Ünal

14:40-17:30 ESU - YAPAY ZEKA KURSU

14:40-14:50 Welcome and Introduction
Dr. Luisa Renner

14:50-15:50 AI Fundamentals
Dr. Alexander Seitel

15:50-16:00 COFFEE BREAK

16:00-16:50 Applications in Medicine and Urology
Dr. Luisa Renner

16:50-17:20 Interactive Example
Dr. Alexander Seitel

17:20-17:30 Closing
Dr. Luisa Renner

31 EKİM 2026, CUMARTESİ SALON D

07:00-08:00 BİLDİRİ OTURUMU - XIX / SB (199-218)

Oturum Başkanları: Dr. Engin Kölükçü, Dr. Eyüp Dil

14:40-15:20 ROBOTİK ÜROLOJİ KURSU III

Robotik Rekonstrüktif Cerrahi

Oturum Başkanları: Dr. Özgür Çakmak, Dr. Alper Gök

14:40-14:48 Robotik Pyeloplasti
Dr. Elif Altınay Kırlı

14:48-14:56 Robotik Basit Adrenalektomi
Dr. Özgür Çakmak

14:56-15:04 Robotik Üreteroneosistostomi
Dr. Berk Burgu

15:04-15:12 Robotik Üreter Darlıkları Tedavisi
Dr. Cem Başataç

15:12-15:20 Robotik Sakrokolpopeksi
Dr. Sinharib Çitgez

16:20-17:20 BİLDİRİ OTURUMU - XXV / SB (319-338)

Oturum Başkanları: Dr. Musa Ekici, Dr. Abdullah Akkurt

31 EKİM 2026, CUMARTESİ SALON E

07:00-08:00 BİLDİRİ OTURUMU - XX / SB (219-238)

Oturum Başkanları: Dr. Volkan Çağlayan, Dr. Salih Bürlükkara

14:40-15:20 ENDOÜROLOJİ KURSU - VI

>2cm Böbrek Taşlarında Teknoloji Tedavi Yöntemini Değiştirdi mi?

Oturum Başkanları: Dr. Veli Yalçın, Dr. Mehmet Yariş

14:40-14:50 Evet: RIRS Yeterli
Dr. Anıl Erkan

14:50-15:00 Hayır: PCNL
Dr. Volkan Çağlayan

15:00-15:10 Kombinasyon mu? ECIRS
Dr. Volkan Şen

15:10-15:20 Laparoskopi mi?
Dr. Fatih Çolak

31 EKİM 2026, CUMARTESİ SALON E

15:30-16:20 ENDOÜROLOJİ KURSU - VII

Benign Prostat Hiperplazisi Tedavisi: Videolar Eşliğinde "Tips and Tricks"

Oturum Başkanları: Dr. Mehmet Salih Alar, Dr. Tarık Emre Şener

15:30-15:40 Lazer Enükleasyon
Dr. Enis Kervancıoğlu

15:40-15:50 Rezum
Dr. Mehmet Selçuk Keskin

15:50-16:00 Akuablasyon
Dr. Mehmet Selçuk Keskin

16:00-16:10 TUR-P
Dr. Ekrem Başaran

16:10-16:20 Açık Prostatektomi
Dr. Turgut Alkibay

31 EKİM 2026, CUMARTESİ SALON F

07:00-08:00 BİLDİRİ OTURUMU - XXI / SB (239-258)

Oturum Başkanları: Dr. Alper Özorak, Dr. Mehmet Özen

14:40-15:20 REKONSTRÜKTİF ÜROLOJİ KURSU - II



Üriner Fistüller

Oturum Başkanları: Dr. Osman Köse, Dr. Yunus Emre Göğer

14:40-14:50 Vezikovajinal Fistül
Dr. Mehmet Serkan Özkent

14:50-15:00 Rektovezikal Fistül
Dr. David Hernández Hernández

15:00-15:10 Rektoüretral Fistül
Dr. Felix Campos Juanatey

15:10-15:20 Urosimfizeal Fistül
Dr. Yunus Emre Göğer

31 EKİM 2026, CUMARTESİ SALON F

15:30-16:10 REKONSTRÜKTİF ÜROLOJİ KURSU - III

Penil Üretra Darlıkları

Oturum Başkanları: Dr. Ozan Bozkurt, Dr. Oğuz Özden Cebeci

15:30-15:40 Hipospadias İlişkili Darlıklar
Dr. Felix Campos Juanatey

15:40-15:50 Penil Üretra - ASOPA Dorsal Inlay
Dr. David Hernández Hernández

15:50-16:00 Panüretral Darlık - Kulkarni Dorsolateral Onlay
Dr. Oğuz Özden Cebeci

16:00-16:10 Perineal Üretrostomi
Dr. Yunus Emre Göğer

31 EKİM 2026, CUMARTESİ SALON F

16:20-17:00 REKONSTRÜKTİF ÜROLOJİ KURSU - IV

Üriner Diversiyonlar
Üriner Diversiyon Endikasyonları ve Seçiminde Dikkat Edilecek Hususlar

Oturum Başkanları: Dr. Hayrettin Şahin, Dr. Yasin Ceylan

16:20-16:30 Üriner Diversiyon: Kime? Ne Zaman? Hangi Teknik?
Dr. Fatih Gökalp

16:30-16:40 İnkontinan Üriner Diversiyon Teknikleri
Dr. İbrahim Güven Kartal

16:40-16:50 Kontinan Üriner Diversiyon Teknikleri
Dr. İlker Akarken

16:50-17:00 Ortotopik Üriner Diversiyon Teknikleri
Dr. Abdullah Erdoğan

31 EKİM 2026, CUMARTESİ SALON G

07:00-08:00 BİLDİRİ OTURUMU - XXII / SB (259-278)

Oturum Başkanları: Dr. Alper Eken, Dr. Batuhan Ergani

14:40-15:20 ORGAN NAKLİ OTURUMU

Oturum Başkanları: Dr. Yarkın Kamil Yakupoğlu, Dr. Işık Hasan Özgü

14:40-14:55 Arka Masa Cerrahisi ve Alıcı Ameliyatı
Dr. Serkan Akıncı

14:55-15:10 Robotik Böbrek Nakli
Dr. Burak Koçak

15:10-15:20 Üreter Komplikasyonlarının Yönetimi
Dr. Emre Arpalı

31 EKİM 2026, CUMARTESİ SALON G

15:30-16:10 ÇOCUK ÜROLOJİSİ KURSU - II

Distal Hipospadias

Oturum Başkanları: Dr. Mustafa Özgür Tan, Dr. Tayfun Oktar

15:30-15:40 Klinik Başvuru, Genel Bilgiler, Dikkat Edilecekler
Dr. Bilal Çetin

15:40-15:50 Tüpsüz Yöntemler
Dr. Ahmet Rüknettin Aslan

15:50-16:00 Tüplü Yöntemler
Dr. Berk Burgu

16:00-16:10 Postoperatif Bakım, Uzun Dönem Sonuçlar
Dr. Kamuran Kasımoğlu

31 EKİM 2026, CUMARTESİ SALON H

07:00-08:00 BİLDİRİ OTURUMU - XXIII / SB (279-298)

Oturum Başkanları: Dr. Hacı Murat Akgül, Dr. Kerem Teke

14:40-15:20 KOMPLİKASYON KURSU - II

Oturum Başkanları: Dr. Hasan Hüseyin Tavukçu, Dr. Ozan Can Çeküç

14:40-14:50 Üretroplastide Komplikasyonlar: Nerede Yanılıyoruz?
Dr. Muhammet Yaytokgil

14:50-15:00 Penil Cerrahi Komplikasyonları: Ne Yapmalı? Ne Yapmamalı?
Dr. Oğuzhan Kahraman

15:00-15:10 Ürolojide Enfeksiyonsuz Cerrahi için Ne Yapmalı?
Dr. Tuncer Bahçeci

15:10-15:20 Tartışma

31 EKİM 2026, CUMARTESİ SALON H

15:30-16:10 KOMPLİKASYON KURSU - III

Oturum Başkanları: Dr. Aykut Başer, Dr. Muhammet Yaytokgil

15:30-15:40 Ürolojik Cerrahilerde Antikoagülan Kullanımı ve Tromboembolik Komplikasyonlar
Dr. Muhammet Demirbilek

15:40-15:50 Laparoskopi ve Robotik Cerrahilerde Komplikasyonları Azaltmanın Yolları
Dr. Burak Çıtamak

15:50-16:00 Ürolojik Tedavilerde İlaç Yan Etkileri: Riskler ve Çözümler
Dr. Birgi Ercili

16:00-16:10 Tartışma

16:20-17:20 BİLDİRİ OTURUMU - XXVI / SB (339-358)

Oturum Başkanları: Dr. Rasin Özyavuz, Dr. Meryem Han Gökdemir

31 EKİM 2026, CUMARTESİ SALON K

08:30-17:30 ÜCD - HANDS ON TRAINING

(Tüm katılımcılar başvuru yapabilir.)

1 KASIM 2026, PAZAR SALON A

08:30-10:30 OTURUM - XXIV

Eve Dönüş Mesajları

Oturum Başkanları: Dr. Mehmet Salih Alar, Dr. Cenk Murat Yazıcı

08:30-09:00 Akılcı İlaç Sunumu
Dr. Mert Yavuz Aydın

09:00-09:15 Rekonstrüktif Üroloji
Dr. Sümeyye Terzi

09:15-09:30 Alt Üriner Sistem Endoürolojisi
Dr. Enis Kervancıoğlu

09:30-09:45 Üst Üriner Sistem Endoürolojisi
Dr. Emre Bülbül

09:45-10:00 Robotik Üroloji
Dr. Barış Esen

10:00-10:15 İşlevsel Üroloji
Dr. Mert Özbilen

10:15-10:30 Komplikasyon
Dr. Hüseyin Mert Durak

10:30-10:45 KAHVE ARASI

1 KASIM 2026, PAZAR SALON A

10:45-12:40 OTURUM - XXV

Oturum Başkanları: Dr. Levent Sağnak, Dr. Hüseyin Tarhan

10:45-11:00 Prostat Kanseri, Testis Kanseri
Dr. Aykut Demirci

11:00-11:15 Mesane Kanseri, Böbrek Kanseri
Dr. Kadir Can Şahin

11:15-11:30 Erkek Cinsel Sağlığı
Dr. Ahmet Vural

11:30-11:45 Erkek Üreme Sağlığı
Dr. Ömer Erdoğan

11:45-12:00 Çocuk Ürolojisi
Dr. Can Sicimli

12:00-12:15 Genel Üroloji
Dr. Yusuf Önder Özsağır

12:15-12:30 Yapay Zeka
Dr. Eren Can Aydın

12:30-12:40 Kapanış

2010

Ürolojik
Cerrahi
Derneği

SÖZLÜ SUNUMLAR

SS-1) CERRAHİ GİRİŞİMLER SIRASINDA KULLANILAN FLOROSKOPİYE BAĞLI ALINAN RADYASYON DOZUNUN SPERMİYOGRAM PARAMETRELERİ VE SPERM DNA HASARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

EMİN İMANLI(1) BAHADIR ŞAHİN(1) YILÖREN TANIDIR(2) PINAR ATA(1) HAYDAR KAMİL ÇAM(1)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. MEDİCANA HASTANESİ

AMAÇ

Ürolojik cerrahi girişimlerde floroskopi kullanımı yaygın olmasına rağmen, düşük doz iyonizan radyasyon maruziyetinin semen parametreleri ve sperm apoptoz düzeyi üzerindeki etkilerini değerlendiren prospektif insan çalışmaları sınırlıdır. Literatür taramasına göre, çalışmamız floroskopi eşliğinde gerçekleştirilen ürolojik cerrahi girişimlere bağlı klinik radyasyon maruziyetinin spermiyogram parametreleri ve sperm apoptoz düzeyi üzerindeki etkilerini prospektif olarak inceleyen ilk çalışmadır. Bu çalışmanın amacı, floroskopi eşliğinde gerçekleştirilen ürolojik cerrahi girişimlerde düşük doz radyasyon maruziyetinin spermiyogram parametreleri ve sperm apoptoz düzeyi üzerindeki olası etkilerini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu prospektif klinik çalışmaya, Eylül 2023–Mayıs 2026 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği'nde yürütülmüş olup, üriner sistem taş hastalığı nedeniyle endoürolojik girişim planlanan 18–50 yaş aralığındaki 25 erkek hasta ile 25 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Operasyondan yaklaşık 7 gün önce, postoperatif 7. günde ve 3. ayda alınan semen örnekleri WHO 2021 kriterlerine göre değerlendirilmiş; apoptoz belirteci olan Annexin A5 düzeyleri ELISA yöntemiyle analiz edilmiştir. Elde edilen veriler, floroskopiye bağlı radyasyon maruziyetinin etkilerini değerlendirmek amacıyla karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 25 hastanın preoperatif, postoperatif 7. gün ve postoperatif 3. ay semen örnekleri karşılaştırıldığında, ileri hareketli sperm konsantrasyonunun preoperatif ve postoperatif 7. gün örneklerinde benzer düzeyde düşük olduğu, ancak postoperatif 3. ayda istatistiksel olarak anlamlı artış gösterdiği saptandı. Buna karşın, üç zaman noktası arasında sperm konsantrasyonu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, preoperatif ve postoperatif 7. gün örneklerinde hem sperm konsantrasyonu hem de ileri hareketli sperm konsantrasyonu anlamlı derecede düşük bulundu. Postoperatif 3. ayda ileri hareketli sperm konsantrasyonunun kontrol grubuna benzer düzeye ulaştığı, ancak sperm konsantrasyonunun halen düşük seyrettiği görüldü. Sperm hücrelerindeki Annexin A5 düzeyi, preoperatif, postoperatif 7. gün ve postoperatif 3. ay örnekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi.

SONUÇ

Bu bulgular, kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük saptanan preoperatif ve postoperatif 1. hafta sperm konsantrasyonu ile ileri hareketli sperm konsantrasyonu değerlerinin, cerrahi planlama sürecinde çekilen preoperatif BT ve direkt üriner sistem grafisine bağlı düşük doz iyonizan radyasyon maruziyeti ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Preoperatif ve postoperatif 1. hafta örnekleri arasında anlamlı fark izlenmemesi, floroskopi sırasında maruz kalınan radyasyonun semen parametreleri üzerinde ilave olumsuz etki oluşturmadığını desteklemektedir. Benzer şekilde, Annexin A5 düzeylerinde zaman noktaları arasında anlamlı değişiklik saptanmaması ve kontrol grubu ile benzer düzeylerde bulunması, sperm hücrelerinde belirgin bir hasar oluşmadığını düşündürmektedir. Postoperatif 3. ayda özellikle ileri hareketli sperm konsantrasyonunda gözlenen düzelme ise bu değişikliklerin geçici ve geri dönüşümlü olabileceğini göstermektedir

SS-1) CERRAHİ GİRİŞİMLER SIRASINDA KULLANILAN FLOROSKOPİYE BAĞLI ALINAN RADYASYON DOZUNUN SPERMİYOGRAM PARAMETRELERİ VE SPERM DNA HASARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

EMİN İMANLI(1) BAHADIR ŞAHİN(1) YILÖREN TANIDIR(2) PINAR ATA(1) HAYDAR KAMİL ÇAM(1)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. MEDİCANA HASTANESİ

AMAÇ

Ürolojik cerrahi girişimlerde floroskopi kullanımı yaygın olmasına rağmen, düşük doz iyonizan radyasyon maruziyetinin semen parametreleri ve sperm apoptoz düzeyi üzerindeki etkilerini değerlendiren prospektif insan çalışmaları sınırlıdır. Literatür taramasına göre, çalışmamız floroskopi eşliğinde gerçekleştirilen ürolojik cerrahi girişimlere bağlı klinik radyasyon maruziyetinin spermiyogram parametreleri ve sperm apoptoz düzeyi üzerindeki etkilerini prospektif olarak inceleyen ilk çalışmadır. Bu çalışmanın amacı, floroskopi eşliğinde gerçekleştirilen ürolojik cerrahi girişimlerde düşük doz radyasyon maruziyetinin spermiyogram parametreleri ve sperm apoptoz düzeyi üzerindeki olası etkilerini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu prospektif klinik çalışmaya, Eylül 2023–Mayıs 2026 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği'nde yürütülmüş olup, üriner sistem taş hastalığı nedeniyle endoürolojik girişim planlanan 18–50 yaş aralığındaki 25 erkek hasta ile 25 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Operasyondan yaklaşık 7 gün önce, postoperatif 7. günde ve 3. ayda alınan semen örnekleri WHO 2021 kriterlerine göre değerlendirilmiş; apoptoz belirteci olan Annexin A5 düzeyleri ELISA yöntemiyle analiz edilmiştir. Elde edilen veriler, floroskopiye bağlı radyasyon maruziyetinin etkilerini değerlendirmek amacıyla karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 25 hastanın preoperatif, postoperatif 7. gün ve postoperatif 3. ay semen örnekleri karşılaştırıldığında, ileri hareketli sperm konsantrasyonunun preoperatif ve postoperatif 7. gün örneklerinde benzer düzeyde düşük olduğu, ancak postoperatif 3. ayda istatistiksel olarak anlamlı artış gösterdiği saptandı. Buna karşın, üç zaman noktası arasında sperm konsantrasyonu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, preoperatif ve postoperatif 7. gün örneklerinde hem sperm konsantrasyonu hem de ileri hareketli sperm konsantrasyonu anlamlı derecede düşük bulundu. Postoperatif 3. ayda ileri hareketli sperm konsantrasyonunun kontrol grubuna benzer düzeye ulaştığı, ancak sperm konsantrasyonunun halen düşük seyrettiği görüldü. Sperm hücrelerindeki Annexin A5 düzeyi, preoperatif, postoperatif 7. gün ve postoperatif 3. ay örnekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi.

SONUÇ

Bu bulgular, kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük saptanan preoperatif ve postoperatif 1. hafta sperm konsantrasyonu ile ileri hareketli sperm konsantrasyonu değerlerinin, cerrahi planlama sürecinde çekilen preoperatif BT ve direkt üriner sistem grafisine bağlı düşük doz iyonizan radyasyon maruziyeti ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Preoperatif ve postoperatif 1. hafta örnekleri arasında anlamlı fark izlenmemesi, floroskopi sırasında maruz kalınan radyasyonun semen parametreleri üzerinde ilave olumsuz etki oluşturmadığını desteklemektedir. Benzer şekilde, Annexin A5 düzeylerinde zaman noktaları arasında anlamlı değişiklik saptanmaması ve kontrol grubu ile benzer düzeylerde bulunması, sperm hücrelerinde belirgin bir hasar oluşmadığını düşündürmektedir. Postoperatif 3. ayda özellikle ileri hareketli sperm konsantrasyonunda gözlenen düzelme ise bu değişikliklerin geçici ve geri dönüşümlü olabileceğini göstermektedir

SS-2) NEFROSTOMİ TÜPÜ, DOUBLE-J STENT (DJS) VEYA TOTAL TÜPSÜZ (TT): PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONRASI OPTİMAL DRENAJ STRATEJİSİ HANGİSİDİR? RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

VOLKAN ÇAĞLAYAN(1) ABDULLAH ERDOĞAN(1) ÖZGÜR EKİCİ(1) UĞUR AKGÜN(1) SİNAN AVCI(1) EFE ÖNEN(1) SEDAT ÖNER(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Perkütan nefrolitotomi (PNL) sonrası üç farklı drenaj stratejisinin — total tüpsüz (TT), Double-J stent (DJS) ve standart nefrostomi tüpü — Clavien-Dindo komplikasyon profilleri, postoperatif ağrı skorları, analjezik gereksinimleri, hastanede kalış süreleri ve taşsızlık oranları açısından karşılaştırılması.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu prospektif randomize kontrollü çalışmada, renal taşları (alan 56–958 mm^2) nedeniyle elektif PNL uygulanan 100 ardışık hasta intraoperatif olarak TT (n=31), DJS (n=35) ve nefrostomi (n=34) gruplarına randomize edildi. Yalnızca floroskopik olarak tam taş klerensi sağlanan ve majör intraoperatif komplikasyon gelişmeyen hastalar randomizasyona dahil edildi. Primer sonlanım noktası hastanede kalış süresi; sekonder sonlanım noktaları Clavien-Dindo komplikasyonlar, altı zaman noktasında VAS ağrı skorları, operatif ve anestezi süreleri, hemoglobin düşüşü, taşsızlık oranı ve analjezik gereksinimi idi.

BULGULAR

Gruplar demografik ve taş özellikleri açısından homojen idi (tüm p>0,05). Hastanede kalış süresi TT grubunda anlamlı olarak daha kısa saptandı (1,2±0,6 vs 1,7±1,3 vs 2,0±1,2 gün; p<0,001). Anestezi süresi TT grubunda daha kısaydı (75,7 vs 89,0 vs 86,4 dk; p=0,024); ancak bu bulgunun tesadüfe bağlı olabileceği vurgulanmaktadır. VAS ağrı skorları ve analjezik gereksinimleri tüm gruplarda eşdeğerdi (tüm p>0,05). Taşsızlık oranları: %80,6 vs %80,0 vs %79,4 (p=0,788); genel başarı (taşsızlık + CIRF): %93,5 vs %94,2 vs %91,2. Toplam komplikasyon oranları: %6,5 vs %8,6 vs %8,8 (p=0,929). Grade IV–V komplikasyon hiçbir grupta gelişmedi. Kan transfüzyonu yalnızca nefrostomi grubunda gerekti (n=2; %5,9; p=0,138).

SONUÇ

Her üç PNL drenaj stratejisi benzer güvenlik, ağrı kontrolü ve taşsızlık oranı sergiledi. Total tüpsüz PNL (TT), komplikasyon riskinde artış olmaksızın en kısa hastanede kalış süresiyle ilişkiliydi ve EAU kılavuzları doğrultusunda komplikasyonsuz olgularda tercih edilmesini desteklemektedir.

Tablo. Üç PNL Drenaj Stratejisinin Karşılaştırmalı Sonuçları (n=100)

Değişken	Total Tüpsüz (TT) (n=31)	Double-J Stent (DJS) (n=35)	Nefrostomi (n=34)	p değeri
DEMOGRAFİK ve TAŞ ÖZELLİKLERİ				
Yaş (yıl), ort±SS	53,2±10,8	54,3±12,8	50,4±15,2	0.543
Erkek cinsiyet, n (%)	18 (58,1)	26 (74,3)	23 (67,6)	0.374
VKİ (kg/m²), ort±SS	28,8±3,8	29,2±4,0	28,7±3,8	0.579
Taş alanı (mm²), ort±SS	443±370	582±578	466±316	0.687
STONE skoru, ort±SS	7,0±2,0	7,0±1,6	7,5±1,9	0.399
Taş dansitesi (HU), ort±SS	788±330	935±261	933±276	0.140
İNTRAOPERATİF PARAMETRELER				
Operatif süre (dk), ort±SS	41,7±21,7	47,7±17,5	48,8±20,3	0.168
Anestezi süresi (dk), ort±SS	75,7±27,1	89,0±26,0	86,4±18,4	0.024*
Floroskopi süresi (dk), ort±SS	1,7±1,4	2,0±1,2	1,8±1,0	0.364
Sistoskopi süresi (dk), ort±SS	5,5±1,6	6,3±2,6	6,4±2,5	0.342
Suprakoastal erişim, n (%)	2 (6,5)	2 (5,7)	3 (8,8)	0.871
POSTOPERATİF LABORATUVAR ve HASTANEDE KALIŞ				
Hemoglobin düşüşü (g/dL)	1,6±1,1	1,7±1,9	1,8±1,2	0.689
Hematokrit düşüşü (%)	3,9±3,2	4,2±4,5	5,5±4,6	0.342
Postop kreatinin (mg/dL)	0,86±0,19	0,91±0,21	0,85±0,17	0.482
Kan transfüzyonu, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,9)	0.138
Hastanede kalış (gün), ort±SS	1,2±0,6	1,7±1,3	2,0±1,2	<0,001*
VAS AĞRI SKORLARI ve ANALJEZİK				
VAS 0. saat	2,9±1,9	2,6±2,7	2,9±2,1	0.518
VAS 1. saat	2,6±1,9	3,2±2,3	3,0±2,1	0.522
VAS 6. saat	2,5±1,7	3,1±2,4	2,5±1,7	0.589
VAS 24. saat	0,9±1,0	0,8±1,5	0,9±1,0	0.433
Ortalama VAS	1,8±1,0	1,8±1,2	1,9±1,0	0.940
Tramadol gereksinimi, n (%)	2 (6,5)	1 (2,9)	2 (5,9)	0.767
TAŞSIZLİK ORANLARI ve KOMPLİKASYONLAR				
Tam taşsızlık (Grade A), n (%)	25 (80,6)	28 (80,0)	27 (79,4)	0.788
CIRF (≤4 mm), n (%)	4 (12,9)	5 (14,3)	4 (11,8)	0.695
Genel başarı (taşsız+CIRF), n (%)	29 (93,5)	33 (94,2)	31 (91,2)	0.695
Rezidü taş (>4 mm), n (%)	2 (6,5)	2 (5,7)	3 (8,8)	0.449
Toplam komplikasyon, n (%)	2 (6,5)	3 (8,6)	3 (8,8)	0.929
Grade IIIb komplikasyon, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,9)	–
Grade IV-V komplikasyon	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	–

** İstatistiksel olarak anlamlı (p<0,05). Yeşil satır: çalışmanın birincil sonlanım noktası. Sarı hücre: anlamlı p değeri.*
TT: Total tüpsüz; DJS: Double-J stent; VAS: Görsel Ağrı Skalası (0–10); HU: Hounsfield ünitesi; CIRF: Klinik açıdan önemsiz rezidü fragman; VKİ: Vücut kitle indeksi.

SS-3) RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİDE ÜRETERAL ERİŞİM KILIFI YERLEŞTİRİLMESİ İÇİN UYGULANMASI GEREKEN KUVVETLERİN KANTİTATİF ANALİZİ

FATİH YILDIZ(1) KADİR CAN ŞAHİN(2) MUHAMMED FATİH ŞİMŞEKOĞLU(1) BÜLENT ÖNAL(1)

1. istanbul üniversitesi-cerrahpaşa, cerrahpaşa tıp fakültesi üroloji anabilim dalı
2. istanbul bayramapaşa devlet hastanesi

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı retrograd intrarenal cerrahi (RIRS) sırasında üreteral erişim kılıfı (ÜEK) yerleştirilmesi aşamasında, farklı üreter seviyelerinde dijital kuvvet ölçer ile ölçülen geçiş kuvvetlerini ve bu kuvvetlerin ÜEK yerleştirme başarısı üzerindeki rolünü değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu prospektif çalışmaya kliniğimizde 2024-2026 yılları arasında RIRS uygulanan ve daha önce üretere yönelik girişim öyküsü bulunmayan 90 hasta dahil edildi. ÜEK yerleştirilmesi sırasında üreterovezikal bileşke (UVJ), distal, orta ve proksimal üreter düzeylerinde uygulanan geçiş kuvvetleri dijital kuvvet ölçer ile Newton (N) cinsinden ölçüldü. Hastalar ÜEK yerleştirme başarısına göre başarılı ve başarısız olarak gruplandırıldı. Başarılı olgularda ayrıca kullanılan ÜEK çapına göre alt grup analizleri gerçekleştirildi. ÜEK yerleştirme başarısızlığını öngören faktörler univaryat ve multivaryat lojistik regresyon analizleri ile değerlendirildi. UVJ giriş maksimum kuvvetinin (pMaks) ayırt edici performansı ROC analizi ile incelendi.

BULGULAR

ÜEK yerleştirilmesi 66 hastada (%73,3) başarılı, 24 hastada (%26,7) başarısız oldu. Başarısız grupta UVJ'de ölçülen giriş kuvveti başarılı gruba göre anlamlı derecede yüksekti [7,6 (7,0–8,2) N'ye karşı 3,1 (2,6–3,8) N; p<0,001]. Başarılı olgularda 12–14 Fr ÜEK kullanılan hastalarda UVJ, distal, orta ve proksimal üreter düzeylerinde ölçülen pMaks 9,5–11,5 Fr ÜEK kullanılan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksekti (tüm karşılaştırmalar için p<0,05). Multivaryat analizde yalnızca UVJ'de ölçülen giriş kuvvetinin ÜEK yerleştirme başarısızlığının bağımsız belirleyicisi olduğu saptandı (OR=6,27; %95 GA: 2,73–14,42; p<0,001). ROC analizinde UVJ giriş pMaks değerinin ayırt edici performansı yüksek düzeyde bulundu (EAA=0,962; %95 GA: 0,892–1,000). Optimal kesim değeri 5,25 N olup duyarlılık %97 ve özgüllük %95,8 olarak bulundu.

SONUÇ

UVJ'de ölçülen pMaks, ÜEK yerleştirme başarısını öngörmede güçlü ve bağımsız bir belirteçtir. Bu düzeyde yaklaşık 5,25 N'un üzerindeki kuvvetler ÜEK yerleştirme başarısızlığı açısından yüksek risk ile ilişkilidir. Bu kantitatif ölçüm, uygun ÜEK seçimi ve alternatif cerrahi stratejilerin planlanmasında klinik karar vermeyi destekleyici niteliktedir.



SS-4) BÖBREK TAŞI HASTALARINDA BAŞLANGIÇ DRENAJ YÖNTEMİNİN SONRAKİ PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONUÇLARINA ETKİSİ

ERDİNÇ DİNÇER(1) OSMAN MURAT IPEK(1) CENGİZ ÇANAKCI(1) MUHAMMED FEVZİ PEKMEZ(1) FERHAT KESER(2) ABDULLAH HIZIR YAVUZSAN(3) SAMET BAĞCI(3) ORKUNT ÖZKAPTAN(1)

1. KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ, Üroloji Kliniği
2. İSTANBUL GÖZTEPE PROF.DR.SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ, Üroloji Kliniği
3. ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, Üroloji Kliniği

AMAÇ

Perkütan nefrolitotomi (PNL), büyük ve kompleks böbrek taşlarının tedavisinde standart yöntemlerden biridir. Obstrüksiyon, enfeksiyon veya böbrek fonksiyon bozukluğu ile başvuran hastalarda, definitif taş tedavisi öncesinde üriner dekompresyon gerekebilmektedir. Bu amaçla double-J stent veya perkütan nefrostomi uygulanmaktadır. Ancak başlangıçta tercih edilen drenaj yönteminin sonraki PNL sonuçları üzerindeki etkisi henüz net olarak ortaya konulamamıştır. Bu çalışmada, başlangıç drenaj yönteminin böbrek taşı nedeniyle PNL uygulanan hastalardaki perioperatif ve postoperatif sonuçlar üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu multisentrik retrospektif çalışmaya, 2015-2025 arası ağrı ya da enfeksiyon nedeniyle acil üriner dekompresyon amacıyla DJ stent veya perkütan nefrostomi(PN) uygulanan ve enfeksiyon kontrolü sonrasında aynı böbrek taşı nedeniyle PNL yapılan erişkin hastalar dahil edildi. Hastalar başlangıç drenaj yöntemine göre DJ stent ve PN grubu olarak ikiye ayrıldı. Demografik veriler, komorbiditeler, laboratuvar bulguları, taş özellikleri, operasyon verileri ve postoperatif sonuçlar hastane kayıtlarından retrospektif olarak değerlendirildi. Primer sonlanım noktaları taşsızlık oranı ve komplikasyonlar, sekonder sonlanım noktaları ise operasyon süresi, hemoglobin düşüşü, hastanede kalış süresi ve ek girişim ihtiyacı olarak belirlendi. Clavien–Dindo sınıflamasına göre minör (?1) ve majör (>1) olarak karşılaştırıldı. Gruplar uygun parametrik veya nonparametrik testlerle karşılaştırıldı ve $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

: Çalışmaya toplam 215 hasta dahil edildi. Hastaların 139'una DJ stent, 76'sına ise PN uygulanmıştı. Gruplar arasında cinsiyet, taş tarafı, geçirilmiş taş cerrahisi öyküsü, DM, hipertansiyon, operasyon pozisyonu, kullanılan litotriptör tipi ve taş lokalizasyonu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). PN grubunda, DJ grubuna kıyasla operasyon süresi anlamlı olarak daha kısa bulundu (121,5±42,7 dk vs. 140,1±40,2 dk; $p=0,002$). Ayrıca hastanede yatış süresi (4,18±2,44 gün vs. 5,63±3,86 gün; $p=0,004$) ve hemoglobin düşüşü (0,83±0,53 g/dL vs. 1,73±1,08 g/dL; $p<0,001$) PN grubunda anlamlı derecede daha düşüktü. Buna karşın taşsızlık oranı (%69,7 vs. %72,7; $p=0,649$) ve yeniden hastaneye başvuru oranı (%21,1 vs. %24,5; $p=0,572$) açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi. Bununla birlikte, majör komplikasyon oranı (Clavien–Dindo ?2) PN grubunda anlamlı olarak daha düşük bulundu (%11,5 vs. %22,4; $p=0,035$).
Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, preoperatif drenaj yöntemi, postoperatif komplikasyon gelişimini etkileyen bağımsız bir belirleyici olarak saptandı. PN uygulanması, DJ stente kıyasla komplikasyon riskinde anlamlı azalma ile ilişkiliydi.

SONUÇ

Bulgularımız, büyük böbrek taşlarında PNL öncesinde perkütan nefrostomi ile sağlanan drenajın, aynı traktın cerrahi akses için kullanılabilmesi sayesinde operasyon süresini kısaltabileceğini, majör komplikasyon riskini azaltabileceğini ve total hemoglobin düşüşünü azaltarak hemorajik komplikasyonları sınırlayabileceğini göstermektedir. Prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1. Preoperatif drenaj yöntemine göre demografik, klinik ve perioperatif özellikler

Variable	DJ stent (n=139)	PN (n=76)	p value
Cinsiyet			
Erkek, n (%)	100 (71.9)	52 (68.4)	0.588
Kadın, n (%)	39 (28.1)	24 (31.6)	
Taraf			
Sağ, n (%)	72 (51.8)	36 (47.4)	0.535
Sol, n (%)	67 (48.2)	40 (52.6)	
Taş operasyon öyküsü, n (%)	32 (23.0)	16 (21.1)	0.740
Diabetes mellitus, n (%)	31 (22.3)	12 (15.8)	0.384
Hipertansiyon, n (%)	38 (27.3)	20 (26.3)	0.872
Operasyon Pozisyonu			
Pron, n (%)	89 (64.0)	52 (68.4)	0.517
Supin, n (%)	50 (36.0)	24 (31.6)	
Lithotripter tipi, n (%)			
Lazer	30 (21.6)	12 (15.8)	0.073
Pnömotik	74 (53.2)	32 (42.1)	
Kombine	35 (25.2)	32 (42.1)	
Operasyon süresi (dk) (ort±sd)	140.06 ± 40.18	121.50 ± 42.68	**0.002**
Yatış Süresi (gün) (ort±sd)	5.63 ± 3.86	4.18 ± 2.44	**0.004**
Hemoglobin Düşüşü (g/dL) (ort±sd)	1.73 ± 1.08	0.83 ± 0.53	**<0.001**
Stone-free, n (%)	101 (72.7)	53 (69.7)	0.649
Re-admission, n (%)	34 (24.5)	16 (21.1)	0.572
Clavien Dindo			
Major (≥2)	16 (11.5)	17 (22.4)	**0.035**
Minor (≤2)	123 (88.5)	59 (77.6)	
Taş lokalizasyonu, n (%)			
Renal pelvis	47 (33.8%)	17 (45.9%)	
Üst kalıks	10 (7.2%)	1 (2.7%)	
Orta kalıks	15 (10.8%)	4 (10.8%)	0.525
Alt Kalıks	24 (17.3%)	3 (8.1%)	
Multiple / Staghorn	43(30.9%)	12 (32.4%)	

SS-5) PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ (PNL) UYGULANAN HASTALARDA GLİSEMİK KONTROLÜN POSTOPERATİF ENFEKSİYÖZ KOMPLİKASYONLAR VE YATIŞ SÜRESİNE ETKİSİ: 150 OLGULUK KARŞILAŞTIRMALI ANALİZ

AHMET SÜHEYL ÖZYEŞİL(1) RİFAT TEKELİ(2) ÜMİT ÖZDEMİR(1) HAKAN HAKKI TAŞKAPU(1) YUNUS EMRE GÖGER(1)

1. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. necmettin erbakan üniversitesi

AMAÇ

2.5 cm ile 3.5 cm arasında taş yüküne sahip hastalarda uygulanan PNL cerrahisinde; preoperatif glisemik kontrol düzeyinin (HbA1c < 7 vs. HbA1c > 7) ve diyabet varlığının postoperatif ateş, sepsis, geniş spektrumlu antibiyotik ihtiyacı ve hastanede yatış süresi üzerindeki etkilerini karşılaştırmak.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya 2.5 - 3.5 cm arası böbrek taşı nedeniyle ardışık PNL uygulanan toplam 150 hasta dahil edildi. Hastalar preoperatif verilerine göre 50'şer kişilik 3 gruba ayrıldı: Grup 1 (Non-diyabetik), Grup 2 (İyi kontrollü diyabet, HbA1c < 7) ve Grup 3 (Kötü kontrollü diyabet, HbA1c > 7). Çalışmaya metodolojik homojenliği sağlamak adına sadece 65 yaş altı hastalar dahil edildi. Diyabetik gruplarda (Grup 2 ve 3) diyabet dışında ek komorbiditesi olan hastalar ile non-diyabetik grupta herhangi bir ek komorbiditesi veya immün yetmezliği olan hastalar çalışmadan dışlandı. Tüm grupların preoperatif vücut kitle indeksleri (VKİ), operasyon süreleri ve postoperatif 1. ay taşsızlık oranları (SFR) kaydedildi. Enfeksiyöz komplikasyonlar ve yatış süreleri gruplar arasında istatistiksel olarak analiz edildi.

BULGULAR

Gruplar arasında yaş ve toplam taş yükü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Grup 1 ve Grup 2'nin ortalama VKİ değerleri sağlıklı/normal sınırlarda ve birbirine benzer bulunurken; Grup 3'teki (kötü kontrollü diyabet) hastaların VKİ ortalamaları diğer iki gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek (kilolu) saptandı ($p<0.05$).Tüm vakalarda operasyon süresi 120 ile 150 dakika arasında gerçekleşti ve gruplar arası süre ile postoperatif taşsızlık oranları (SFR) benzer saptandı ($p>0.05$). Postoperatif komplikasyonlar incelendiğinde; ateş, klinik sepsis tablosu, geniş spektrumlu antibiyotik kullanım ihtiyacı ve ortalama hastanede yatış süresi Grup 3'te, diğer iki gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.05$). İyi kontrollü diyabetik hastalar (Grup 2) ile non-diyabetik hastaların (Grup 1) postoperatif sonuçları arasında ise anlamlı bir farklılık izlenmedi. Clavien–Dindo sınıflamasına göre değerlendirildiğinde ise, Grade I–II komplikasyonlar kötü kontrollü diyabet grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Grade III–IV komplikasyonlar ise Grup 3'te sayısal olarak daha fazla izlenmekle birlikte gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).

SONUÇ

PNL cerrahisinde hastanın sadece diyabet tanısı almış olması, operasyon sonrası enfeksiyon riskini tek başına belirlemez. Bulgularımız, preoperatif HbA1c seviyesi 7'nin altında tutulan diyabetik hastaların enfeksiyon ve yatış sürelerinin non-diyabetik bireylerle benzer olduğunu; ancak kötü glisemik kontrol ve artmış vücut kitle indeksine sahip hastaların postoperatif dönemde ciddi enfeksiyonlara ve uzamış hastane yatışlarına açık olduğunu göstermiştir. Ayrıca kötü glisemik kontrolün özellikle düşük dereceli postoperatif komplikasyonların sıklığını artırdığı, ciddi (Clavien–Dindo Grade III–IV) komplikasyonlarda ise artış eğilimi bulunmasına rağmen bunun istatistiksel anlamlılığa ulaşmadığı görülmüştür. Elektif PNL cerrahisi öncesinde, özellikle kilolu hastalarda glisemik regülasyonun sağlanması postoperatif morbiditeyi azaltmada kritik öneme sahiptir.

Tablo 1: Grupların Demografik ve Preoperatif Klinik Verileri

Parametre	Grup 1 (Non-Diyabetik) n=50	Grup 2 (Iyi Kontrollü Diyabet) n=50	Grup 3 (Kötü Kontrollü Diyabet) n=50	p değeri
Yaş (Yıl)	48.2 ± 6.1	50.4 ± 5.8	51.1 ± 6.3	0.412
Toplam Taş Yükü (cm)	2.9 ± 0.3	3.1 ± 0.4	3.0 ± 0.3	0.658
VKI (kg/m²)	24.1 ± 1.8	24.5 ± 2.1	**28.6 ± 2.4**	**0.021**
Preop HbA1c (%)	5.3 ± 0.4	6.5 ± 0.3	**8.4 ± 0.7**	**<0.001**

Tablo 2: Operatif ve Postoperatif Sonuçlar

Parametre	Grup 1 (Non-Diyabetik)	Grup 2 (Iyi Kontrollü Diyabet)	Grup 3 (Kötü Kontrollü Diyabet)	p değeri
Operasyon Süresi (dk)	132 ± 11	136 ± 14	138 ± 12	0.584
Taşsızlık Oranı (SFR) %	% 88 (n=44)	% 86 (n=43)	% 84 (n=42)	0.765
Postoperatif Ateş (%)	% 6 (n=3)	% 8 (n=4)	**% 22 (n=11)**	**0.034**
Sepsis (%)	% 2 (n=1)	% 2 (n=1)	**% 10 (n=5)**	**0.041**
Geniş Spektrumlu Ab. İhtiyacı	% 4 (n=2)	% 6 (n=3)	**% 18 (n=9)**	**0.028**
Hastanede Yatış (Gün)	4.2 ± 0.6	4.5 ± 0.8	**7.6 ± 1.2**	**0.012**
Clavien - Dindo grade 1-2 (%)	%8 (n=4)	%10 (n=5)	%26 (n=13)	**0.029**
Clavien - Dindo grade 3-4 (%)	%0 (n=0)	%2 (n=1)	%6 (n=3)	**0,087**

SS-6) ESWL ÖNCESİ PSOAS KAS İNDEKSİ ÖLÇÜMÜ TEDAVİ BAŞARISI İLE İLİŞKİLİ MİDİR?

ALİ KEMAL USLUBAŞ(1) ABDULLAH BERKAY KEPİR(1) MEHMET ALİ ÇAPAR(1) EMRAH IŞIKLI(1) ÖMER ERDOĞAN(1) OĞUZ ÖZDEN CEBECİ(1) ÖMÜR MEMİK(1)

1. Kocaeli Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği

AMAÇ

Üriner sistem taşları nedeniyle ESWL planlanan hastalarda antropometrik bir ölçüm olan psoas kas indeksinin (PKİ) tedavi başarısı ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde Aralık 2024- Kasım 2025 tarihleri arasında ESWL uygulanan 174 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Böbrek alt pol taşları, aynı taş için invaziv işlem öyküsü olanlar, üreter stenti bulunanlar, multiple taşı olanlar ve tedavi protokolünü tamamlamayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların demografik verileri ve BT'deki taş lokalizasyonu, boyutu, taş-cilt mesafesi, Hounsfield Ünitesi (HU) ile tedavi öncesi PKİ ölçümleri kaydedildi. PKİ, ESWL öncesi BT'de aksiyel planda L3 vertebra transvers proses hizasındaki bilateral psoas kas alanı toplamının, vertebra korpus alanına bölünmesi ile hesaplandı. ESWL prosedürü Uluslararası Ürolitiyazis Birliği kılavuzlarına göre standardize edildi. Taşsızlık, işlem sonrası 3. ayda yapılan radyolojik görüntülemede 4 mm'den küçük, ek girişim gerektirmeyen klinik anlamsız fragman varlığı olarak tanımlandı. Verilerin analizinde Student's t-testi, Mann-Whitney U ve Ki-kare testleri kullanıldı. Tek değişkenli analizde anlamlı ($p < 0,05$) saptanan parametreler, çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen toplam 174 hastanın (108 erkek, 66 kadın) ortalama yaşı 44,88±13,62'di. Medyan taş boyutu 8 mm, ESWL sonrası genel taşsızlık oranı %53,3, ESWL sonrası invaziv işlem gereksinim oranı %27,3'tü. Taşsızlık sağlanan (SF var) ve sağlanamayan (SF yok) hastalar karşılaştırıldığında, taşsız kalan hastaların anlamlı olarak daha genç olduğu görüldü (41,06±12,83 yıla karşı 49,46±13,39 yıl, p=0,001). Üreter yerleşimli taşlarda taşsızlık oranı böbrek taşlarına göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,010). Taş boyutu, taşsız kalan grupta anlamlı olarak daha küçüktü (medyan 8 mm'e karşı 10 mm, p=0,001). Cinsiyet, taş tarafı, taş Hounsfield ünitesi ve taş-cilt mesafesi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05). PKİ, taşsız kalan hastalarda anlamlı olarak daha yüksek bulundu (medyan 1,60'a karşı 1,17, p=0,001) (Tablo 1). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde taş boyutu (OR: 0,831, %95 GA: 0,741–0,932, p=0,002) ve PKİ (OR: 2,813, %95 GA: 1,170–6,764, p=0,021) taşsızlık için bağımsız prediktif faktörler olarak belirlenirken, yaş ve taş konumu tek değişkenli analizde anlamlı olmasına rağmen çok değişkenli modelde bağımsız prediktif değerini korumadı (Tablo 2).

SONUÇ

PKİ, taş boyutu ile birlikte ESWL başarısı için bağımsız bir prediktif faktör olarak kullanılabilir. PKİ'nin iyi kas kütlesinin ve dolayısıyla fiziksel kapasitenin dolaylı bir göstergesi olabileceği düşünüldüğünde, performans durumu düşük hastalarda ESWL'nin daha sık tercih edilmesi yaklaşımının gözden geçirilmesi gerekebilir.

Değişken	OR (%95 GA)	p
Yaş (yıl)	0,973 (0,946–1,001)	0,056
Taş konumu	0,972 (0,470-2,010)	0,940
Taş boyutu (mm)	0,831 (0,741–0,932)	0,002
Psoas Kas İndeksi	2,813 (1,170–6,764)	0,021

Tablo 2. ESWL sonrası taşsızlık üzerine etkisi saptanan parametlerin çok değişkenli analizİ.

Tablo 1. Hastaların demografik ve radyolojik verileri.

		SF yok (n=80)	SF var (n=94)	P değeri
Yaş (yıl, ortalama±ss)		49,46±13,39	41,06±12,83	**0,001**
Cinsiyet	Erkek [n(%)]	49 (61,2)	62 (66,0)	0,520
	Kadın [n(%)]	31 (38,8)	32 (34,0)	
Taş tarafı	Sağ [n(%)]	42 (52,5)	41 (43,6)	0,242
	Sol [n(%)]	38 (47,5)	53 (56,4)	
Taş konumu	Üreter [n(%)]	32 (40,0)	56 (59,6)	**0,010**
	Böbrek [n(%)]	48 (60,0)	38 (40,4)	
Taş boyutu [mm, medyan (IQR)]		10 (5,25)	8 (3,8)	**0,001**
Taş *Hounsfield* ünitesi (medyan (IQR))		1117 (563)	1087 (469)	0,252
Taş cilt mesafesi [mm(IQR)]		115,37 (37,23)	113,73 (30,55)	0,597
Psoas Kas İndeksi [medyan (IQR)]		1,17 (0,61)	1,60 (0,61)	**0,001**

SS-7) RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ SIRASINDA FARKLI POZİTİF EKSPİRASYON SONU BASINÇ DÜZEYLERİNİN BÖBREK MOBİLİZASYONU, CERRAH MEMNUNİYETİ VE CERRAHİ SONUÇLAR ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

ALPER OKUR(1) AHMET VURAL(2) FATİH YILDIZ(1) DUHAN ENES TEL(1) EZGİ BUDAK ÖZYALÇIN(1) FATİŞ ALTINDAŞ(1) MUHAMMED FATİH ŞİMŞEKOĞLU(1)

1. istanbul üniversitesi-ceerrahpaşa, cerrahpaşa tıp fakültesi üroloji anabilim dalı
2. tatvan devlet hastanesi

AMAÇ

Retrograd intrarenal cerrahi (RIRS) sırasında mekanik ventilasyonda uygulanan farklı pozitif ekspirasyon sonu basınç (PEEP) düzeylerinin böbrek hareketi, cerrah memnuniyeti ve cerrahi sonuçlar üzerindeki etkisini değerlendirmek.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu prospektif randomiza çalışşmada 2025-2026 yılları arasında böbrek taşı nedeniyle RIRS uygulanan toplam 49 hasta, uygulanan PEEP düzeyine göre iki gruba ayrıldı: PEEP 10 cmH^2O (n=25) ve PEEP 5 cmH^2O (n=24). Primer sonlanım, ultrasonografi ile ölçülen böbrek hareketi düzeyi; sekonder sonlanım ise 0–5 arası değişen cerrah memnuniyeti skoruydu. Yaş, cinsiyet, BMI, sigara kullanımı, taş dansitesi (HU), operasyon ve taş fragmantasyon süreleri, rezidüel taş varlığı ve ikincil tedavi gereksinimi kaydedildi. Sürekli değişkenler medyan (IQR) olarak sunuldu; grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U ve Fisher exact testleri, korelasyon analizinde Spearman testi kullanıldı ($p<0,05$).

BULGULAR

Gruplar yaş, cinsiyet, BMI, sigara, taş HU, operasyon ve fragmantasyon süreleri açısından benzerdi ($p>0,05$). Böbreğin inspiryum-ekspiryum arasındaki mobilizasyon miktarı PEEP 10 grubunda medyan 4,9 (4,2–6,2) cm , PEEP 5 grubunda 5,65 (4,78–7,50) cm bulundu; fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,254$). Cerrah memnuniyeti her iki grupta medyan 4,0 idi ($p=0,167$). Rezidüel taş varlığı PEEP 10 grubunda anlamlı olarak daha düşüktü (%4,0 vs %29,2; $p=0,023$). İkincil tedavi gereksinimi PEEP 10 lehine sınırda anlamlı bulundu (%12,0 vs %37,5; $p=0,051$). Böbrek mobilizasyonu ile cerrah memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon saptandı (Spearman rho=-0,366; $p=0,010$).

SONUÇ

Yüksek PEEP (10 cmH^2O) uygulaması böbrek mobilizasyonunda istatistiksel anlamlılığa ulaşmayan bir azalma eğilimi gösterirken, rezidüel taş oranını anlamlı ölçüde düşürmüştür. Böbrek mobilizasyonundaki artışın daha düşük cerrah memnuniyetiyle ilişkili olması, mobiliteyi azaltmanın cerrahi konforu artırabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgular yüksek PEEP stratejisinin RIRS'de taşsızlık sonuçlarını iyileştirebilecek güvenli bir yardımcı yaklaşım olabileceğine işaret etmekte olup, kesin sonuçlar için daha büyük randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

SS-9) PEDİATRİK AKUT SKROTUM OLGULARINDA TWIST (TESTİCULAR WORKUP FOR ISCHEMİA AND SUSPECTED TORSİON) SKORLAMA SİSTEMİNİN TANISAL DOĞRULUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

AYKUT AKINCI(1) MESUT BERKAN DURAN(2) KÜRŞAT KÜÇÜKER(2)

1. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI ÇOCUK ÜROLOJİSİ BİLİM DALI
2. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

AMAÇ

Akut skrotum, çocukluk çağında acil cerrahi müdahale gerektiren testis torsiyonu (TT) ile konservatif yönetilen diğer patolojilerin (epididimo-orşit, appendiks testis torsiyonu vb.) ayrımının hızla yapılması gereken ürolojik bir acildir. Bu çalışmada, kliniğimize akut skrotum ön tanısıyla başvuran pediatrik hastalarda TWIST skorlama sisteminin testis torsiyonunu öngörmedeki tanısal doğruluğunu, risk gruplarına göre negatif eksplorasyon oranlarını ve "düşük risk" grubundaki torsiyonu gözden kaçırma riskini retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2021 - Aralık 2025 tarihleri arasında akut skrotal ağrı şikayetiyle acil servisimize başvuran ve üroloji kliniğimiz tarafından değerlendirilen 253 pediatrik hasta geriye dönük olarak incelendi. Hastaların klinik kayıtlarından testiste şişlik (2 puan), sert testis (2 puan), yukarı yerleşimli testis (1 puan), kremaster refleksi yokluğu (1 puan) ve bulantı/kusma (1 puan) parametreleri taranarak retrospektif TWIST skorları hesaplandı. Hastalar Barbosa sınıflandırmasına göre düşük risk (0-2), orta risk (3-4) ve yüksek risk (5-7) olarak üç gruba ayrıldı. Altın standart olarak cerrahi eksplorasyon bulguları ve/veya klinik/radyolojik takip sonuçları esas alındı. Toplam cerrahi eksplorasyon uygulanan hastalar, Doppler USG yapılma oranları ve ameliyatta saptanan torsiyon dışı tanılar kaydedildi.

BULGULAR

Çalışmadaki 253 hastanın yaş ortalaması 10.8±4.5 yıldı. Hastaların %90.1'ine (228/253) Doppler USG yapıldı. Takipte 64 (%25.3) hastaya cerrahi eksplorasyon uygulandı; 42'sinde (%65.6) TT doğrulandı ve 10 (%23.8) hastaya orşiektomi yapıldı. Negatif eksplorasyon uygulanan 22 (%34.4) hastanın nihai tanıları appendiks torsiyonu (n=8) ve akut epididimo-orşitti (n=14).

Barbosa risk sınıflamasına göre dağılım:

Yüksek Risk (5-7 puan; n=38, %15.0): Tamamına USG yapıldı. Eksplorasyonda 36 TT doğrulandı, 2 hastada TT saptanmadı (1 epididimo-orşit, 1 appendiks torsiyonu). Özgüllük %97.2, negatif eksplorasyon %5.2 bulundu.

Orta Risk (3-4 puan; n=51, %20.1): Tamamına USG yapıldı; akım kaybı saptanan 11 hasta ameliyata alındı. 2'sinde TT doğrulandı, 9'unda TT dışı nedenler saptandı. Kalan 40 hasta konservatif izlendi.

Düşük Risk (0-2 puan; n=164, %64.8): 139'una (%84.7) rutin USG yapıldı ve akım doğal izlendi. Ancak toplam 42 TT'li hastanın 4'ü (%9.5) bu gruptaydı. Bu 4 hastada cerrahi kararı; skor veya USG'ye göre değil, ani/şiddetli ağrı ve intermitan öyküye dayanarak verildi ve eksplorasyonda TT saptandı.

SONUÇ

Akut skrotumlu çocuklarda TWIST skorlama sistemi, özellikle yüksek riskli hastalarda ultrasonografi (USG) beklenmeden doğrudan cerrahi kararı verilmesini sağlayarak zaman kaybını önlemede oldukça yararlıdır. Düşük riskli grupta ise rutin Doppler USG kullanımını ve radyoloji iş yükünü belirgin şekilde azaltabilir. Ancak TWIST skorlaması, testis torsiyonu olgularının bir kısmını halen gözden kaçırmaktadır; nitekim çalışmamızda düşük risk grubunda %9.5 oranında torsiyon saptanmıştır. Bu nedenle TWIST skoru tek başına yeterli ve kusursuz kabul edilmemeli, cerrahi kararda detaylı anamnez ve ağrı karakteri her zaman ön planda tutulmalıdır.

SS-10) OBEZ HASTALARDA RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ SONRASI CERRAHİ BAŞARININ ÖNGÖRÜLMESİNDE NEFROLİTOMETRİ SKORLAMA SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRMALI DEĞERLENDİRİLMESİ

MEHMET FATİH ŞAHİN(1) FURKAN BATUHAN TUNCER(1) CEM BAŞATAÇ(2) MURAT AKGÜL(3) ÖNDER ÇINAR(4) HAKAN ÇAKIR(5) MUHAMMET FATİH ŞİMŞEKOĞLU(6) MUSTAFA MACİT(6) KEREM TEKE(7) ATABEK KILIÇ(7) MUSTAFA BİLAL TUNA(5) CENK MURAT YAZICI(1) EYÜP BURAK SANCAK(8) DUYGU SIDDIKOĞLU(8) OKTAY ÖZMAN(9) BARBAROS BAŞESKİOGLU(10) BÜLENT ÖNAL(6) HALUK AKPINAR(11)

1. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
3. ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
4. MEDİCANA HASTANESİ
5. ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ
6. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
7. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
8. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
9. ÖZEL MEMORİAL HASTANESİ
10. Eskişehir Üroloji
11. FLORENCE NİGHTİNGALE

AMAÇ

Obezite üriner sistem taş hastalığının görülme sıklığını artıran önemli bir risk faktörüdür ve endoürolojik girişimlerin sonuçlarını etkileyebilir. Obezitenin perkütan nefrolitotomi üzerindeki etkileri iyi tanımlanmış olmasına rağmen, retrograd intrarenal cerrahide (RIRS) özellikle nefrolitometri skorlarının öngörü performansı üzerindeki etkisine ilişkin veriler sınırlıdır. Mevcut nefrolitometri skorlarının neredeyse tamamı genel popülasyonda geliştirilmiş ve valide edilmiştir. Ancak bu skorların obez hastalarda da aynı doğrulukla çalışıp çalışmadığı bilinmemektedir. Bu çalışmada, vücut kitle indeksi (VKİ) ?30 kg/m² olan hastalarda Guy's Stone Score, S.T.O.N.E. nefrolitometri skoru, Clinical Research Office of the Endourological Society (CROES) nomogramı, R.I.R.S. skoru ve S-ReSC-R skorunun cerrahi başarıyı öngörmedeki performanslarının karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Kasım 2018-Şubat 2026 tarihleri arasında VKİ ?30 kg/m² olan ve RIRS uygulanan hastaların prospektif olarak tutulan RIRSearch veritabanı verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalarda ameliyat öncesi kontrastsız bilgisayarlı tomografi görüntüleri kullanılarak Guy's Stone Score, S.T.O.N.E., CROES, R.I.R.S. ve S-ReSC-R skorları hesaplandı. Cerrahi başarı postoperatif birinci ay kontrastsız bilgisayarlı tomografiye (NCCT) göre 3 mm ve altı rezidü şeklinde değerlendirildi. Skorların cerrahi başarıyı öngörmedeki performansları ROC analizi ile karşılaştırıldı.

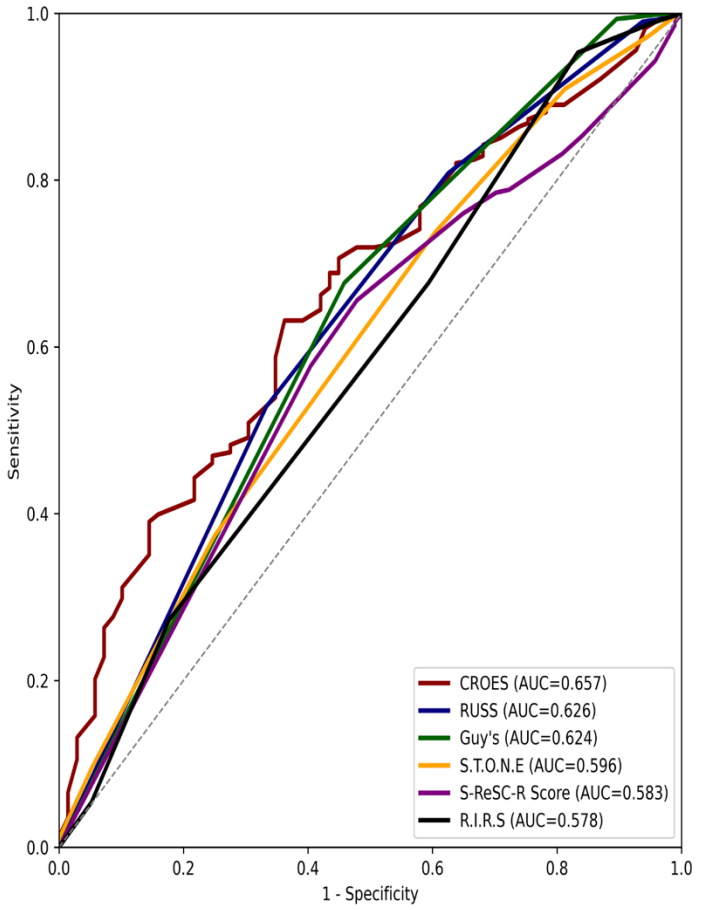
BULGULAR

Toplam 414 obez hasta çalışmaya dahil edildi. Postoperatif değerlendirmeleri tamamlanan hastanın 295'sında (%71,3) cerrahi başarı elde edilirken, 119 hastada (%28,7) rezidü taş saptandı. Postoperatif rezidü taş; taş lokasyonu (p=0,001), yüksek taş dansitesi (1032,4±323,3 vs. 983,4±312,5 HU, p=0,013), multipl taş varlığı (p=0,001), daha büyük taş hacmi (1572,3±388,4 vs. 854,6±492,5 mm^3, p=0,001), daha uzun operasyon süresi (92,6±32,2 vs. 71,8±28,6 dk, p=0,001) ve daha uzun hastanede yatış süresi (1,8±1,1 vs. 1,5±1,2 gün, p=0,006) ile ilişkili bulundu. Tüm skorlama sistemleri, başarılı ve başarısız gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdi (tümü p <0,05). (Tablo) ROC analizinde en yüksek ayırt edici performans CROES nomogramında elde edildi (AUC=0,657). Bunu sırasıyla Guy's Stone Score (AUC=0,624), S.T.O.N.E. nefrolitometri skoru (AUC=0,596), S-ReSC-R skoru (AUC=0,583) ve R.I.R.S. skoru (AUC=0,578) izledi. (Figur) Değerlendirilen tüm nefrolitometri skorlarının cerrahi başarıyı öngörmede sınırlı-orta düzeyde ayırt ediciliğe sahip olduğu görüldü.

SONUÇ

Obez hastalarda RIRS öncesinde kullanılan mevcut nefrolitometri skorları cerrahi başarıyı öngörmede yalnızca sınırlı düzeyde performans göstermektedir. Değerlendirilen skorlar arasında CROES nomogramı en yüksek öngörü gücüne sahip olmakla birlikte, doğruluğu orta düzeyde kalmıştır. Bu bulgular, obez hastalarda RIRS sonuçlarını daha doğru tahmin edebilecek hasta grubuna özgü yeni prediktif modellerin geliştirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

	Taşsız	Rezidü Taş	p
Hasta Sayısı	295	119	
Yaş (ortalama ± SS)	51,5 ± 13,8	51,3 ± 13,0	0,123
Cinsiyet (n, %)			
Erkek	135 (%45,8)	60 (%50,4)	0,134
Kadın	160 (%54,2)	59 (%49,6)	
VKİ (kg/m²) (Ortalama ± SS)	32, 5 ± 4,6	32,6 ± 4,8	0,568
ESWL Geçmişi (n, %)	71 (%24,1)	26 (%21,8)	0,409
Preoperatif JJ stent (n, %)	115 (%39,0)	30 (%25,2)	0,092
Charlson Komorbidite Endeksi (n, %)			0,335
0-1	130 (%44,1)	54 (%45,4)	
≥ 2	165 (%55,9)	65 (%54,6)	
Preoperatif Serum Kreatinin (mg/dL) (ortalama ± SS)	0,90 ± 0,33	0,91 ± 0,33	0,599
Taş Lokasyonu (n, %)			
Üst Kaliks	5 (%1,7)	3 (%2,5)	
Orta Zon	24 (%8,1)	7 (%5,9)	
Alt Kaliks	52 (%17,6)	22 (%18,5)	**0,001**
Renal Pelvis	79 (%26,8)	24 (%20,2)	
Üst Üreter	96 (%32,5)	22 (%18,5)	
Multipl Lokasyon	39 (%13,3)	41 (%34,4)	
Taş Dansitesi (HU) (Ortalama ± SS)	983,4 ± 312,5	1032,4 ± 323,3	**0,013**
Taş Sayısı (n, %)			
Tek	228 (%77,3)	69 (%58,0)	**0,001**
Multipl	67 (%22,7)	50 (%42,0)	
Taş Hacmi (mm³) (Ortalama ± SS)	854,6 ± 492,5	1572,3 ± 388,4	**0,001**
Preoperatif Hidronefroz (n, %)	96 (%32,5)	40 (%33,6)	0,461
Operasyon Süresi (dk.) (Ortalama ± SS)	71,8 ± 28,6	92,6 ± 32,2	**0,001**
Hospitalizasyon Süresi (gün) (ortalama ± SS)	1,5 ± 1,2	1,8 ± 1,1	**0,006**
Postoperatif Kreatinin (mg/dL) (ortalama ± SS)	0,89 ± 0,38	0,92 ± 0,29	0,273
Guys skoru (Median, IQR)	1 (1-3)	1 (1-4)	**0,001**
S.T.O.N.E skoru (Median, IQR)	7 (4-11)	7 (4-11)	**0,003**
RUSS skoru (Median, IQR)	0 (0-3)	1 (0-8)	**0,001**
R.I.R.S skoru (Median, IQR)	6 (4-9)	6 (4-9)	**0,016**
CROES skoru (Median, IQR)	262 (75-325)	225,5 (60-310)	**0,001**
S-ReSC-R Skoru (Median, IQR)	1 (1-17)	3 (1-17)	**0,009**



SS-12) ÜROLOJİ UZMANLIK EĞİTİMİNDE TEMEL LAPAROSKOPİK BECERİLERİN KAZANDIRILMASI: GERÇEK ZAMANLI TELE-MENTORLUK TABANLI SİMÜLASYON EĞİTİMİ

TÜNKUT DOĞANCA(1) MUSTAFA BİLAL TUNA(2) EGE A. SARIKAYA(3) ELİF ALTINAY KIRLI(4) BETUL ZEHRA PIRDAL(5) MERYEM HAN GÖKDEMİR(6) CAGRI AKPINAR(7) YUNUS EMRE GOGER(8) MEHMET SERKAN OZKENT(9) İLKE ONUR KAZAZ(10) VOLKAN ŞEN(3) OMER BURAK ARGUN(11)

1. ACIBADEM TAKSIM HASTANESİ, ÜROLOJİ
2. ACIBADEM MASLAK HASTANESİ
3. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, ÜROLOJİ
4. ıstanbul üniversitesi-cerrahpasa, tıp fakültesi, üroloji
5. İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ
6. DIYARBAKIR ÇERMİK DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ
7. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKULTESİ, ÜROLOJİ
8. NECMETTİN ERBAKAN UNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ
9. KONYA ŞEHİR HASTANESİ, ÜROLOJİ
10. KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ
11. ISTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

AMAÇ

Üroloji uzmanlığı eğitiminde coğrafi farklılıklar, mentorlara erişimde kısıtlılıklar ve enstrümantasyona erişimde eksikler özellikle cerrahi tekniklerin öğrenilmesinde eşitsizliklere yol açmaktadır. Çalışmamızda temel laparoskopik becerilerin kazanılması için tasarlanmış gerçek zamanlı mentorluk esaslı, ülke genelinde uygulanan telesimülasyon modelini tanımlamayı ve değerlendirmeyi amaçlıyoruz.

GEREÇ-YÖNTEM

Ürolojik Cerrahi Derneği (ÜCD) tarafından kurulan Araştırma Görevlisi Eğitim Programı (AGEP) çerçevesinde, ülke genelindeki üroloji uzmanlık öğrencilerine ulaştırılan laparoskopik eğitim kutuları ve eğitim araçları kullanılarak tele-mentorlu bir simülasyon kursu düzenlendi. Çalışma oturumları, mentor ile üroloji asistanı arasında gerçek zamanlı etkileşime ve geri bildirime olanak tanıyacak şekilde çevrimiçi olarak kuruldu. Peg transferi, daire kesme, iğne yönlendirme ve sütür atmadan oluşan toplam 4 eğitim istasyonu belirlendi. Çalışmanın sonunda katılımcılar, Likert ölçekli soruları ve açık uçlu nitel geri bildirimleri içeren yapılandırılmış bir anketi yanıtladılar. Yanıtlar istatistiksel olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Programa toplam 300 asistan katıldı. Katılımcıların kliniklerinin %99'unda laparoskopi uygulanmaktaydı, fakat katılımcıların sadece %9,3'ü kendilerinin laparoskopi uyguladığını bildirdi. Kurs, değerlendirme anketinin tüm kategorilerinde yüksek değerlendirme puanları aldı ve ortalama puanlar 4,47 ± 0,93 ile 4,93 ± 0,33 (0-5 Likert ölçeği) arasında değişti. Değerlendirme puanları, katılımcıların önceki laparoskopik deneyimlerine göre anlamlı bir farklılık göstermedi (tüm $p>0,05$). Değerlendirilen alanlar arasında eğitim materyalleri ile ilgili eksiklikler en düşük puan alan kategoriydi. Çevrimiçi formatı değerlendiren katılımcıların %85,2'si olumlu görüş bildirdi, %13,1'i karışık görüş belirtti ve %1,6'sı olumsuz geri bildirimde bulundu. Niteliksel analiz, bire bir mentorluğun ulusal ölçekte uygulanabilir olduğu yönündeydi.

SONUÇ

Ulusal ölçekte uygulanan telesimülasyon modeli, laparoskopik eğitime ve mentorluğa erişim açısından etkin görünmektedir. Tele-mentorlu simülasyon yaklaşımlarıyla eğitim fırsatlarındaki eşitsizliklerin önlenmesi ve cerrahi becerilerin geliştirilmesinde standartlaşmanın sağlanabilmesi mümkündür.

SS-13) RADYOTERAPİ SONRASI MESANEDE KALICI ÜROTELYAL KARSİNOM VE KARSİNOMA İN SİTU'NUN İMMÜNOLOJİK YAPISI: PREKLİNİK ÇALIŞMA

KEREM TEKE(1) BÜŞRA YAPRAK BAYRAK(2) İSA ULUÇ(1) DUYGU SIDDIKOĞLU(3) GÖRKEM AKSU(4)

1. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
2. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ PATOLOJİ
3. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BİYOİSTATİSTİK VE TIP BİLİŞİMİ
4. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RADYASYON ONKOLOJİSİ ANABİLİM DALI

AMAÇ

Radyoterapi (RT) sonrası mesanede kalıcı ürotelyal karsinom ve karsinoma in situ (CIS)'nun yönetimi hala belirsizliğini korumaktadır. Mesane kanseri için RT sonrası persistan lezyonların geliştiği mesane mikroortamının immünolojik yapısını anlamak, radyosensitiviteyi optimize etmede yardımcı olabilir. Bu nedenle, bu çalışmada preklinik mesane kanseri modelinde RT sonrası persistan ürotelyal karsinom ve CIS'u içeren mesane dokusunun immünolojik yapısını analiz etmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Deney için yirmi dört sıçan kullanıldı. Bunların yarısı 16 hafta boyunca kimyasal bir karsinojene maruz bırakıldı. Sıçanlar 4 gruba ayrıldı: Kontrol (n=4), Kanser (n=4), Kontrol+RT (n=8) ve Kanser+RT (n=8). Kontrol+RT ve Kanser+RT gruplarına 23. haftada tek fraksiyonda 6-Gy RT uygulandı. 25-28. haftalarda tüm hayvanlar sakrifiye edildi. Otopsiden sonra mesaneler tartıldı ve dokular H&E, immünohistokimya (IHC) ve TUNEL yöntemi ile değerlendirildi. RT'yle ilişkili DNA hasarı (p-Histon), M2 makrofaj polarizasyonu (CD163 ve CD206), immün kaçış ve lenf düğümü invazyonu (CD197), immün baskılayıcı yanıt (IL-10) ile ilgili belirteçler IHC ile incelendi. Gruplar bu değişkenlere göre karşılaştırıldı.

BULGULAR

Mesane ağırlıkları sırasıyla Kontrol, Kontrol+RT, Kanser ve Kanser+RT grupları için 88,8 ± 12,66, 109,5 ± 16,91, 202,0 ± 12,68 ve 160,3 ± 31,81 mg idi. Kontrol ve Kontrol+RT gruplarında patolojik bulgu gözlenmedi. Kanser+RT grubunda yaklaşık %20,6'lık bir tümör yükü azalmasına rağmen, kanser ve CIS varlığı %100 olarak devam etti. Apoptotik indeks ile p-Histon arasında pozitif bir korelasyon gözlendi (rho = 0,42, $p<0,05$). Apoptotik indeks (Kanser+RT için 12 [8.75-16.25] vs Kanser grubu için 2.50 [2-5.25]) ve p-Histon (Kanser+RT için 50,50 [17.50-68.50] vs Kanser grubu için 21.50 [15.50-26.25]) değerleri numerik olarak Kanser+RT grubunda diğer gruplara (Kontrol grubu için 3 [2-6], Kontrol+RT için 2 [1-4]) göre yüksek seyretse de Kanser grubu ile istatistiksel olarak fark izlenmedi ($p>0,05$). Bütün gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark bulunsa da (Kruskal-Wallis, $p<0,05$), Kanser ve Kanser+RT grupları arasında CD163, CD206, IL-10 ve CD197 açısından bir fark izlenmedi ($p>0,05$). IL-10, CD 163, CD 197 ve CD 206 ekspresyonları Kanser+RT grubunda Normal+RT grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek izlendi ($p<0,05$). IL-10 ve CD206, Kanser+RT grubunda kontrol gruplarına göre istatistiksel anlamlı bir şekilde yüksek seyretti ($p<0,05$) (Tablo 1).

SONUÇ

Çalışmamız RT sonrası persistan mesane tümörler ile güçlü bir immünosupresif mikroortam arasındaki ilişkiyi göstermektedir. İmmünoterapötikler kullanılarak radyosensitivitenin artırılması, trimodal terapi gibi RT tabanlı stratejileri geliştirebilir. M2 makrofajlarını hedeflemek, mesane kanserinde etkili bir radyosensitivitenin sağlanmasında önemli bir rol oynayabilir.

Tablo 1. Deney gruplarına göre mesane ağırlığı, histopatolojik bulgular, immünohistokimyasal belirteçler ve apoptotik indeks.

Değerler, mesane ağırlığı için ortalama ± standart sapma, immünohistokimyasal belirteçler ve apoptotik indeks için medyan (Q1–Q3), histopatolojik bulgular için n (%) olarak verilmiştir.

Parametre	Kontrol (n=4)	Kontrol+RT (n=8)	Tümör (n=4)	Tümör+RT (n=8)	p¥
Mesane ağırlığı (mg)	88,8 ± 12,66	109,5 ± 16,91	202,0 ± 12,68	160,3 ± 31,81	—
Karsinoma in situ (CIS), n (%)	0 (0)	0 (0)	4 (100)	8 (100)	—
Non-invaziv ürotelyal karsinom, n (%)	0 (0)	0 (0)	3 (75)	7 (87,5)	—
İnvaziv ürotelyal karsinom, n (%)	0 (0)	0 (0)	1 (25)	1 (12,5)	—
IL-10	5,00 (4,75–5,25)^{a,b}	5,00 (4,00–6,25)^{a}	14,00 (11,50–16,25)^{b,c}	11,50 (9,25–13,25)^{c}	**<0,001**
p-Histone H-skoru	21,00 (8,50–33,50)	8,00 (5,50–16,00)	21,50 (15,50–26,25)	50,50 (17,50–68,50)	**0,038**
CD163	2,50 (1,50–3,00)^{a,b}	2,00 (1,75–2,00)^{a}	14,00 (8,50–19,00)^{b}	5,50 (3,75–8,50)^{b}	**<0,001**
CD197	4,50 (2,75–6,75)^{a,b}	4,00 (2,00–6,75)^{a}	22,50 (18,75–27,00)^{b}	15,50 (13,50–17,00)^{b}	**<0,001**
CD206	15,00 (14,75–15,25)^{a,b}	12,00 (11,75–17,00)^{a}	32,00 (31,50–33,50)^{b,c}	31,00 (27,50–32,00)^{c}	**<0,001**

¥: **Dört grup arasındaki global karşılaştırmalar için Kruskal-Wallis testi kullanıldı.**

Not: İmmünohistokimyasal belirteçler dört grup arasında Kruskal–Wallis testiyle karşılaştırılmış; global test anlamlı bulunduğunda ikili karşılaştırmalar Mann–Whitney U testiyle yapılmış ve p değerleri Holm yöntemiyle düzeltilmiştir. Üst simge harfler yalnız Holm-düzeltilmiş ikili karşılaştırmaları özetlemektedir: aynı harfi paylaşan gruplar arasında anlamlı fark yoktur; ortak harfi bulunmayan gruplar arasında $p<0,05$ düzeyinde anlamlı fark vardır. Birden fazla harf virgülle ayrılmıştır. p-Histone H-skoru için hiçbir ikili karşılaştırma Holm düzeltmesi sonrasında anlamlı olmadığından bu satırlarda harf kullanılmamıştır.

Anlamlı Holm-düzeltilmiş ikili karşılaştırmalar:

IL-10: Kontrol–Tümör+RT p=0,041; Kontrol+RT–Tümör p=0,041; Kontrol+RT–Tümör+RT p=0,016.

CD163: Kontrol+RT–Tümör p=0,024; Kontrol+RT–Tümör+RT p=0,004.

CD197: Kontrol+RT–Tümör p=0,041; Kontrol+RT–Tümör+RT p=0,026.

CD206: Kontrol–Tümör+RT p=0,039; Kontrol+RT–Tümör p=0,039; Kontrol+RT–Tümör+RT p=0,005.

Kısaltmalar: Q1: birinci çeyrek; Q3: üçüncü çeyrek; RT: radyoterapi; CIS: karsinoma in situ. Kruskal–Wallis H ve p değerleri yalnız ilgili sürekli parametreler için verilmiştir.

SS-14) KASA İNVAZİF OLMAYAN MESANE KANSERİ HASTALARINDA İNTRAVEZİKAL DOSETAXEL-GEMSİTABİN KOMBİNASYONU: ERKEN DÖNEM SONUÇLARIMIZ

ŞEVVAL MEŞE(1) ERSİN KÖSEOĞLU(1) SERDAR MADENDERE(2) AHMET GÜRBÜZ(1) ABDULLAH ERDEM CANDA(1) MEVLANA DERYA BALBAY(1) TARIK ESEN(1) YAKUP KORDAN(1)

1. koç üniversitesi tıp fakültesi üroloji anabilim dalı
2. vkv amerikan hastanesi üroloji kliniği

AMAÇ

İntravezikal Dosetaxel Gemsitabin kombinasyonu (İDG), kasa invazif olmayan mesane kanseri (KİOMK)'nde Bacillus-Calmette-Guerin(BCG) yanıtsız ve BCG intoleransı olan hastalarda alternatif bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır. Amacımız kliniğimizde, İDG tedavisi alan hastaların takip verilerini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Mart 2024-Ağustos 2026 tarihleri arasında kliniğimizde KİOMK tanısı almış ve İDG planlanmış hastaların verileri incelendi. Sistoskopik takiplerine başka merkezde devam eden hastalar çalışma dışı bırakıldı. Tüm hastaların demografik, klinik verileri ve tedaviye bağlı oluşan yan etkiler kaydedildi. Protokol ilk 6 hafta, haftada bir indüksiyon, takiben 3 ayda bir 3 hafta idame olacak şekilde oluşturuldu. Hastalara üç ayda bir kontrol sistoskopisi yapılması planlandı. İşlemden bir gün önce ve işlem sabahı kullanmak üzere 1000 mg sodyum bikarbonat reçete edildi. İşlem günü steril şartlarda, poliklinik ortamında, lokal anestezi altında 14 Fr üretral sonda takıldı. Sırasıyla önce 50 ml steril serum fizyolojik ile sulandırılmış 37.5 mg docetaksel, 1,5 saat sonra 50 ml steril serum fizyolojik ile sulandırılmış 1000 mg gemsitabin uygulandı.

BULGULAR

Kliniğimizde belirtilen aralıkta 36 hasta (28 erkek, 8 kadın) İDG protokolüne alındı. Hastaların ortalama yaşı 71.3 (46-88) yıl idi. Onaltı hastaya multidisipliner üroonkoloji konsey kararı sonucu önerilen tedavi seçeneklerinin hastaya sunulması ardından hasta tercihi ile (BCG naive), 14'üne BCG yanıtsızlığı; 1'ine ısıtılmış mitomisin C yanıtsızlığı, 5'ine BCG intoleransı sebebiyle İDG planlandı. Hastaların temel verileri Tablo 1'de sunulmuştur. Dört hasta sistoskopik takiplerine başka merkezde devam ettiğinden çalışma dışı bırakıldı. On hastanın indüksiyon rejimi devam ettiğinden henüz ilk sistoskopileri yapılmadı. Takip süresi üç ay ve üzeri olan 22 hastanın medyan takip süresi 9.5 (3-28) ay idi. Nükssüz takip edilen hasta oranı %86,3 (19/22) idi. Takip süresince toplam 3 hastada 4 kez nüks saptandı (3/22, %13,6). Bir hastanın ilk sistoskopisinde pTa yüksek dereceli, diğer hastanın ikinci ve üçüncü sistoskopisinde pTa düşük dereceli, başka bir hastanın da üçüncü sistoskopisinde pTa yüksek dereceli ürotelyal karsinom ve karsinoma in situ saptandı (Tablo 2). Yan etki nedeniyle tedaviyi yarım bırakan hasta olmadı. İki hastada semptomatik tedaviyle düzelen dizüri mevcuttu.

SONUÇ

İDG rejimi, KİOMK'nde BCG ye alternatif bir seçenek olarak akla gelmelidir. Erken dönem verilerimiz, İDG'nin kolay tolere edilebilir olduğu ve kansersiz sağ kalımının kabul edilebilir olduğunu düşündürmektedir. Uzun dönem takipli, prospektif tasarımlı çalışmalar ile verilerimizin desteklenmesi gereklidir.

PARAMETRE	n = 36 (n, %)	Median Yaş, yıl
71,4 (46–88)	Erkek cinsiyet	28 (%77,8)
Aktif/ eski sigara öyküsü	18 (%50,0)	pT1 evre
22 (%61,1)	Yüksek dereceli tümör	33 (%91,7)
Eşlik eden CIS	12 (%33,3)	Multifokal tümör
21 (%58,3)		

İntravezikal dosetaksel gemsitabin kombinasyonuna alınan hastaların demografik ve patolojik veriler

SS-15) ROBOT YARDIMLI RADİKAL PROSTATEKTOMİ SPESİMENLERİNDE KRİBRİFORM PATERN VE İNTRADUKTAL KARSİNOM VARLIĞININ ISUP-GRADE GRUP VE KLİNİK RİSK GRUPLARI İLE OLAN İLİŞKİSİ VE SAĞ KALIM ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YAKUP EMRE TEKİN(1) NEJDET KARŞIYAKALI(1) MAHİR BÜLENT ÖZGEN(2) BORA ÖZVEREN(1) LEVENT TÜRKERİ(2)

1. ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. ACIBADEM ALTUNİZADE HASTANESİ

AMAÇ

Prostat kanseri nedeniyle “Robot Yardımlı Radikal Prostatektomi (RYRP)” operasyonu uygulanan hastaların, prostatektomi spesimenlerinde kribriform patern (KP) ve intraduktal karsinom (İK) varlığının prevalansını belirlemek, bu histolojik paternlerin ISUP-Grade Grup (GG) ve klinik risk grupları ile ilişkisini incelemek ve progresyonsuz sağkalım (PS) üzerine olan etkilerini değerlendirmek.

GEREÇ-YÖNTEM

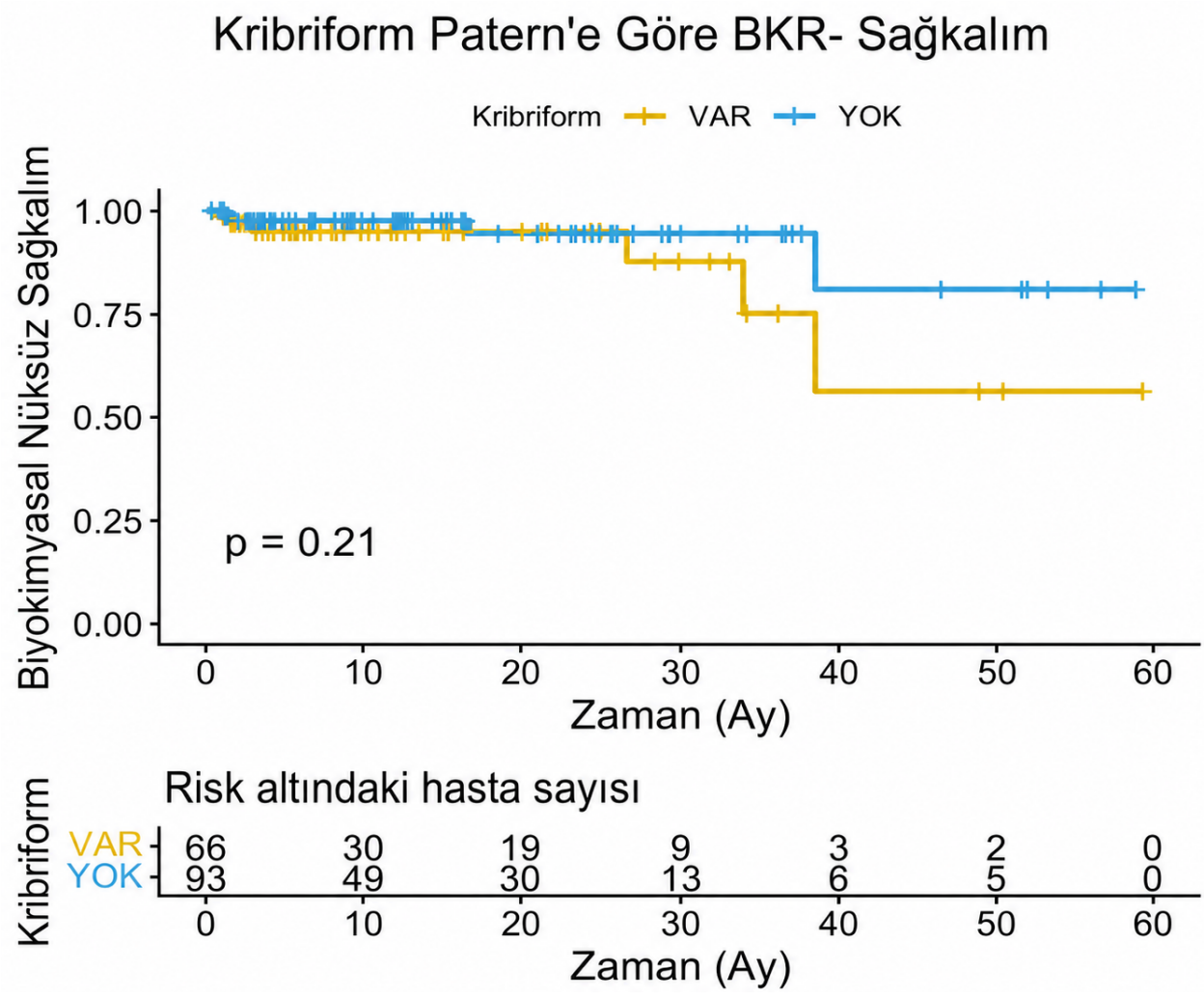
Kliniğimizde RYRP uygulanan 468 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. KP patoloji raporlama standardizasyonunun sağlandığı 2021 yılı ve sonrası dönem esas alınarak 211 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar İK/KP varlığına göre 4 alt gruba ayrıldı. Alt gruplarda İK/KP varlığının, ISUP-GG (Grade 1-5) ve klinik risk gruplarıyla [Düşük/Orta Risk (Grade 1-3) vs. Yüksek Risk (Grade 4-5)] olan ilişkisi Ki-Kare ve Fisher's Exact Test ile analiz edildi.
Neoadjuvant tedavi alan (n=7) ve takip verileri eksik olan (n=43) hastaların dışlanmasının ardından geriye kalan 161 hasta sağkalım analizlerine dahil edildi. Onkolojik sonlanım noktası olarak BKR (PSA>0.2 ng/mL)’nin değerlendirildiği PS analizleri ile erken kurtarma RT/ADT tedavilerini de "olay" olarak kabul eden “genişletilmiş PS” modelleri Kaplan-Meier sağ kalım analizi ile karşılaştırıldı.

BULGULAR

Analize dahil edilen 211 hastanın %42,2'sinde (n=86) KP, %12,7'sinde (n=26) İK mevcuttu. İK/KP varlığının (tek başına ve/veya kombine) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek ISUP-GG (özellikle ? ISUP-GG-3) ile ilişkili olduğu saptandı (p=0,0005). Klinik risk grubu analizinde de benzer şekilde İK/KP varlığının istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek riskli hastalık ile (Grade 4-5) ilişkili olduğu izlendi (p=0,038).
Hastaların %6,2’sinde (n=10) BKR izlendi ve düşük olay sayısı nedeniyle İK/KP varlığı açısından istatistiksel anlamlılık izlenmedi (KP ve İK için sırasıyla, p=0,212 ve p=0,383). Ancak, PSA henüz 0,2 ng/mL eşiğine ulaşmadan klinik progresyon nedeniyle "erken kurtarma tedavisi" alan 10 hastanın da istatistiksel değerlendirmeye dahil edildiği “genişletilmiş PS” analizinde (n=20), KP varlığının progresyon süresini kısalttığına dair güçlü bir istatistiksel eğilim saptandı (p= 0,095). İK grubunda ise “genişletilmiş PS” analizinde istatistiksel olarak anlamlılık izlenmedi (p=0,142). Kaplan-Meier sağ kalım analizlerinde, KP izlenen ve izlenmeyen gruplar arasında BKR açısından farkın KP pozitifliği aleyhine özellikle post-operatif 30.aydan sonra belirginleştiği izlenmekle birlikte bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı izlendi (p=0,21) (Figür-1).

SONUÇ

RYRP spesimenlerinde KP ve İK varlığı yüksek ISUP-GG ve klinik risk grubu ile ilişkilidir. Yüksek cerrahi başarı ve proaktif erken kurtarma tedavileri BKR oranlarını baskılayabilmektedir. Bu nedenle, bu agresif histolojik özelliklerin orta-uzun dönemdeki gerçek onkolojik etkilerini ve tedavi ihtiyacını yansıtmada “genişletilmiş PS” modellerinin kullanılması daha hassas bir klinik sonuç sağlamaktadır. Yüksek riskli prostat kanseri yönetimini optimize etmek adına patoloji raporlarında bu paternlerin mutlaka belirtilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.


Kribriform Patern'e Göre BKR- Sağkalım
Kribriform VAR YOK
Biyokimyasal Nüksüz Sağkalım
1.00
0.75
0.50
0.25
0.00
p = 0.21
0
10
20
30
40
50
60
Zaman (Ay)
Risk altındaki hasta sayısı
Kribriform
VAR 66 30 19 9 3 2 0
YOK 93 49 30 13 6 5 0
0
10
20
30
40
50
60
Zaman (Ay)

SS-16) AGEP: ÜROLOJİ UZMANLIK EĞİTİMİNDE EŞİTLİĞİN SAĞLANMASI: ULUSAL E-ÖĞRENME TABANLI TEORİK EĞİTİM MÜFREDATININ UYGULANMASI VE SONUÇLARI

ALPER EGE SARIKAYA(1) MERYEM HAN GOKDEMİR(2) ELIF ALTINAY KIRLI(3) CAGRI AKPINAR(4) YUNUS EMRE GOGER(5) MEHMET SERKAN OZKENT(6) MUSTAFA BİLAL TUNA(7) İLKE ONUR KAZAZ(8) TUNKUT DOGANCA(9) VOLKAN SEN(10) OMER BURAK ARGUN(11)

1. TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. dıyarbakır cernık devlet hastanesi
3. cerrahpaşa universitesi tıp fakültesi
4. ankara universitesi tıp fakültesi
5. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
6. KONYA ŞEHİR HASTANESİ
7. maslak acıbadem hastanesi
8. KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
9. acıbadem taksim hastanesi
10. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
11. ıstanbul kent universitesi

AMAÇ

Bu çalışmada, Türkiye genelinde uygulanan ulusal çevrim içi teorik eğitim modeli olan Araştırma Görevlisi Eğitim Programının (AGEP) uygulanma süreci, eğitim çıktıları ve katılımcı geri bildirimleri değerlendirilmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu çalışmada Türkiye'de yürütülen AGEP programının uygulanması, akademik değerlendirme sonuçları ve memnuniyet verileri analiz edildi. Program kapsamında her uzmanlık yılı için 18 olmak üzere toplam 90 ders alanında uzman akademisyenler tarafından hazırlanarak çevrim içi erişime sunuldu. Derslerin ardından katılımcı memnuniyeti 5'li Likert ölçeği kullanılarak değerlendirildi. Asistanların akademik gelişimi yıllık biçimlendirici sınavlarla ölçüldü. Anket sonuçları ve sınav performansları programın etkinliği, sürdürülebilirliği ve eğitimsel etkisini değerlendirmek amacıyla analiz edildi.

BULGULAR

AGEP, 2018 yılından bu yana Türkiye genelinde geniş bir katılımcı kitlesine başarıyla uygulanmaktadır. 2024–2025 akademik yılında 85 klinikte görev yapan 844 üroloji asistanı program kapsamında yapılandırılmış teorik eğitim aldı. Asistanlık yılı ile bilgi artışının eğitimin doğası gereği ilişkili olacağı kabul edildi ve bu ilişkinin AGEP'in 1. yılından 5. yılına (tam müfredatın uygulanabildiği dönem) kuvvetlendiğini göstermek için genel lineer model oluşturuldu. Toplam 2904 sınav sonucunun analizinde uzmanlık yılı ile standartlaştırılmış sınav puanları arasında anlamlı pozitif ilişki saptandı ve AGEP olgunlaştıkça asistan yılları ile akademik performans arasındaki ilişkinin kuvvetlendiği gözlendi ($p<0.05$). Eğitim süresinin ayırt ediciliği slope analizler ile değerlendirildi ve AGEP müfredatının tamamlanmasıyla birlikte asistan yılları ile akademik performans arasındaki ilişkinin ayırt ediciliğinin arttığı trend analizi ile saptandı ($p<0.05$). Ayrıca ders içerikleri, eğitim katkısı ve genel memnuniyet açısından araştırma görevlileri tarafından pozitif olumlu geri dönüş ve yüksek memnuniyet skorları bildirildi.

SONUÇ

Ulusal düzeyde yapılandırılmış ve standartlaştırılmış bir teorik eğitim müfredatının uygulanabilir ve yüksek düzeyde kabul gören bir model olduğu gösterilmiştir. AGEP, uzmanlık eğitiminde fırsat eşitliğini artırmak ve teorik eğitimin kalitesini yükseltmek amacıyla diğer tıp uzmanlık alanlarında da uygulanabilecek sürdürülebilir ve tekrarlanabilir bir eğitim modeli sunmaktadır.

Tablo 4. Araştırma Görevlisi Yılı / Performans Skor İlişkisini AGEP fazlarına göre Trend Analizleri

AGEP Fazı	Unstandardized slope coefficient (B)	Spearman korelasyon(ρ)	Lineer Trend Analizi*
AF1	0.278	0.90 (P = 0.037)*	β = 0.926, P = 0.003*
AF2	0.310		
AF3	0.350		
AF4	0.343		
AF5	0.357		

*AGEP Fazları ve Slope eğrisi değeri analizleri.

SS-17) PSA YÜKSEKLİĞİ NEDENİYLE TRUS EŞLİĞİNDE PROSTAT BİYOPSİSİ YAPILAN HASTALARDA PLAZMA SEMAFORİN-3 AİLESİ DÜZEYİ İLE KANSER İLİŞKİSİ

KAYHAN GÖRKEM TUNCEL(1) KEMAL KAYAR(1) FATİH KAR(2) ÇAĞATAY TOSUN(1) ÖMER ERGİN YÜCEBAŞ(1)

1. HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

PSA, prostat kanseri tanısında temel biyobelirteç olmakla birlikte benign prostat hiperplazisi ve inflamasyonda da yükselebilmesi nedeniyle özgüllüğü sınırlıdır. Bu nedenle klinik anlamlı hastalığın öngörülmesinde yardımcı biyobelirteçlere ihtiyaç vardır. Semaforinler migrasyon, adezyon, anjiyogenez ve kanser progresyonuyla ilişkili hücre dışı sinyal proteinleridir. Bu çalışmada TRUS biyopsi yapılan hastalarda plazma Sema3A/C/E/F düzeylerinin klinik anlamlı prostat kanseri ile ilişkisi değerlendirildi.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışma Mayıs-Aralık 2025 arasında PSA yüksekliği nedeniyle biyopsi yapılan 156 hasta üzerinden yürütüldü. Demografik veriler, laboratuvar sonuçları, mpMR bulguları, rektal muayene, prostat volümü ve patoloji sonuçları kaydedildi. Sema3A/C/E/F düzeyleri ELISA ile ölçüldü; prostat volümüne bölünerek dansiteleri hesaplandı. Grade grup sınıflamasında biyopsideki en yüksek grade esas alındı. Klinik anlamlı kanseri olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldı. Mann-Whitney U, ki-kare, ROC ve lojistik regresyon kullanıldı.

BULGULAR

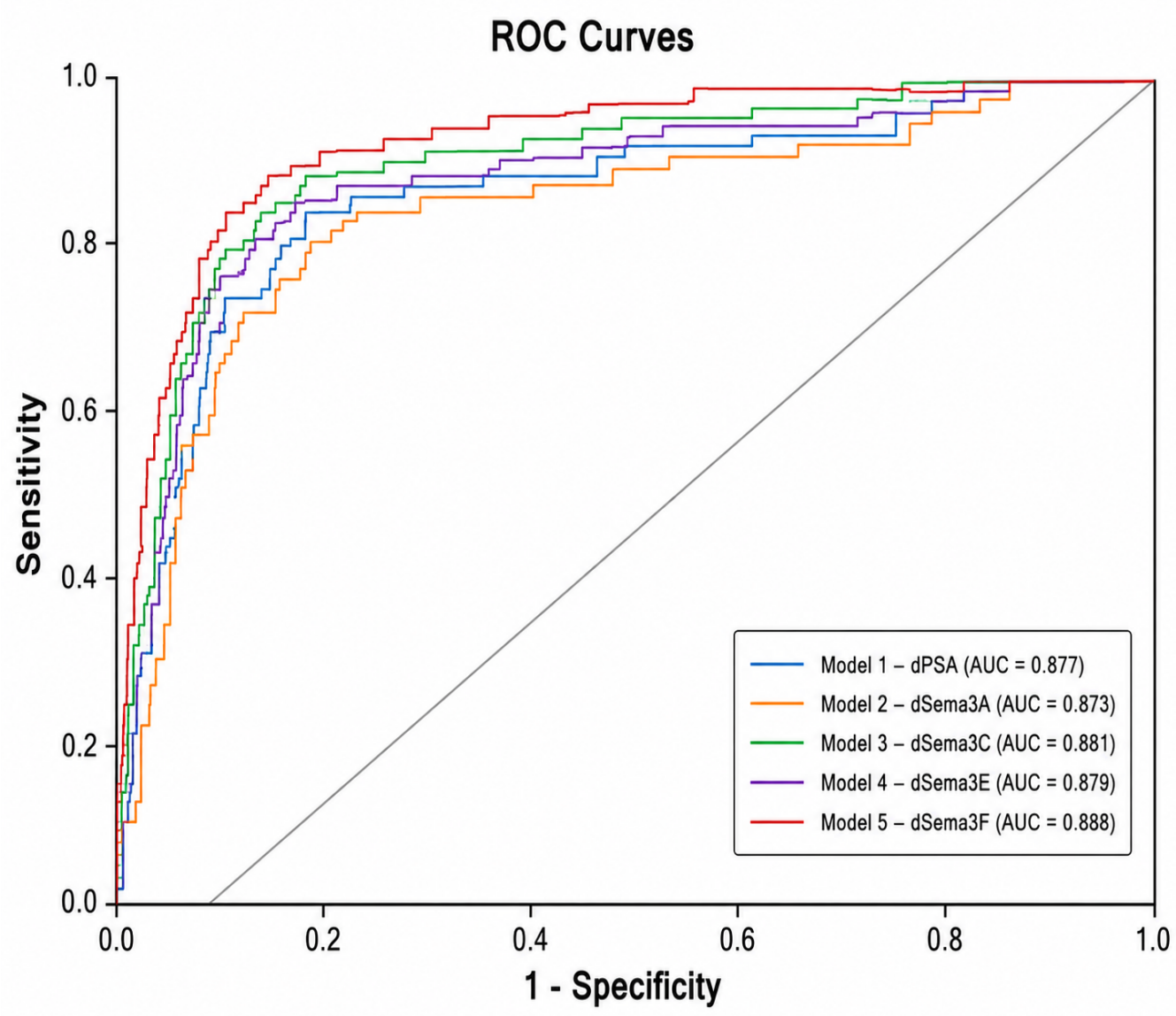
Hastaların 85'i benign, 71'i malign patolojiye sahipti; 42 hastada klinik anlamlı kanser saptandı. Malign grupta yaş, total PSA ve PSA dansitesi yüksek, prostat volümü düşüktü. PI-RADS 4-5 lezyon ve anormal rektal muayene malignite ile ilişkiliydi. Mutlak semaforin düzeyleri farklılık göstermezken Sema3A/C/E/F dansiteleri malign grupta yüksekti. Benign-malign ayrımında PSA dansitesi için EAKA 0,772 bulundu. Yaş, PI-RADS ve rektal muayene modellerinde en iyi performans Sema3C dansitesiyle elde edildi (EAKA:0,831). Klinik anlamlı hastalığı öngörmede PSA dansitesi için EAKA 0,848 idi. Çok değişkenli modellerde en yüksek performans Sema3F dansitesiyle izlendi (EAKA:0,888).

SONUÇ

Semaforin-3 dansiteleri prostat kanseri ile ilişkili görünmektedir. Sema3C benign-malign ayrımında, Sema3F klinik anlamlı hastalığın öngörülmesinde öne çıkmıştır. Bu belirteçler PSA dansitesi, PI-RADS ve rektal muayeneye ek risk sınıflamasını destekleyebilecek aday biyobelirteçlerdir.

Değişkenler	-	Benign+ISUP1(n=114)	ISUP>=2 (n=42)	p
Yaş (yıl)	-	64 (58–69)	72 (67–74)	<0,001
VKİ (kg/m²)	-	27,4 (25,1–29,4)	27,2 (25,0–30,4)	0,889
DM	Yok	85 (%74,6)	25 (%59,5)	0,068
-	Var	29 (%25,4)	17 (%40,5)	-
HT	Yok	52 (%45,6)	17 (%40,5)	0,567
-	Var	62 (%54,4)	25 (%59,5)	-
KAH	Yok	86 (%75,4)	29 (%69)	0,421
-	Var	28 (%24,6)	13 (%31)	-
KOAH	Yok	106 (%93)	38 (%90,5)	0,602
-	Var	8 (%7)	4 (%9,5)	-
Kreatinin (mg/dL)	-	0,97 (0,85–1,10)	0,96 (0,88–1,1)	0,209
GFH (mL/dk)	-	83 (69,75–96,25)	81 (69–90)	0,175
CRP (mg/L)	-	1,95 (1,10–4,25)	2,36 (0,89–5,27)	0,646
Albumin (g/L)	-	43,1 (42,0–45,7)	42,6 (40,9–45,9)	0,132
Prostat volümü (cc)	-	69 (50–97)	52 (40–71)	<0,001
Total PSA (ng/mL)	-	6,5 (5,0–9,0)	14,1 (7,2–52,3)	<0,001
PSA dansitesi(ng/mL/cc)	-	0,09 (0,06–0,15)	0,32 (0,13–0,97)	<0,001
PI-RADS kategorize	3	77 (%67,5)	6 (%14,3)	< 0,001
-	4–5	37 (%32,5)	36 (%85,7)	-
Muayene bulgusu	Normal	88 (%77,2)	18 (%42,9)	< 0,001
-	Anormal	26 (%22,8)	24 (%57,1)	-
Semaforin 3A(ng/mL)	-	6,76 (4,01–8,34)	7,43 (4,99–9,11)	-
Semaforin 3A dansitesi (ng/mL / cc)	-	0,09 (0,06–0,13)	0,13 (0,08–0,23)	-
Semaforin 3C(ng/L)	-	1998,7 (1803,6–2325,1)	2089,5 (1936,4–2450,4)	0,087
Semaforin 3C dansitesi (ng/L / cc)	-	30,92 (20,00–44,57)	41,19 (28,03–61,22)	<0,001
Semaforin 3E(ng/L)	-	1436,6 (1143,0–1929,0)	1532,8 (1224,1–2338,4)	0,221
Semaforin 3E dansitesi (ng/L / cc)	-	22,19 (13,33–36,78)	29,21 (20,93–46,6)	0,001
Semaforin 3F(ng/mL)	-	29,75 (25,72–33,87)	31,38 (26,90–36,21)	0,142
Semaforin 3F dansitesi (ng/mL / cc)	-	0,43 (0,30–0,61)	0,63 (0,41–0,90)	<0,001

Klinik anlamlı prostat kanserini ayırmak için oluşturulan grupların klinikopatolojik verileri


ROC Curves
Sensitivity
1 - Specificity
0.0
0.2
0.4
0.6
0.8
1.0
Model 1 – dPSA (AUC = 0.877)
Model 2 – dSema3A (AUC = 0.873)
Model 3 – dSema3C (AUC = 0.881)
Model 4 – dSema3E (AUC = 0.879)
Model 5 – dSema3F (AUC = 0.888)

SS-18) TRANSREKTAL PROSTAT BİYOPSİSİ YAPILAN HASTALARDA SANAL GERÇEKLİK VE AROMATERAPİNİN AĞRI VE ANKSİYETE ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ZIHNI CAN DAGDEVIREN(1) ENGIN DEREKOYLU(1) UGUR AYDIN(1)

1. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Prostat kanseri (PK) tanısında altın standart yöntem olan transrektal prostat biyopsisi (TRBx), hastalar tarafından genellikle ağrılı ve anksiyete düzeyi yüksek bir girişimsel işlem olarak deneyimlenmektedir. İşlem sırasında hissedilen ağrı, sadece fiziksel uyarana bağlı olmayıp hastanın anksiyete düzeyiyle de doğrudan ilişkilidir. Bu çalışmanın amacı, prostat biyopsisi uygulanan hastalarda standart analjeziye eklenen sanal gerçeklik (VR) ve aromaterapinin ağrı ve anksiyete düzeyleri üzerindeki etkilerini prospektif ve randomize olarak değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği'nde 2026 Şubat-Mayıs tarihleri arasında TRBx uygulanan 200 hasta dahil edildi. Katılımcılar; Kontrol (Grup 1), Aromaterapi (Grup 2 - lavanta yağı inhalasyonu), Sanal Gerçeklik (Grup 3 - doğa temalı video) ve VR + Aromaterapi (Grup 4 - kombine müdahale) olmak üzere, her biri 50 hastadan oluşan dört homojen gruba randomize edildi. Tüm hastalara standart lokal anestezi (intrarectal %2 lidokain jel ve periprostatik 100 mg lidokain) uygulandı. İşlem öncesi ve sonrası anksiyete düzeyleri Durumluk (STAI-I) ve Sürekli (STAI-II) Kaygı Ölçekleri ile, ağrı skoru ise Vizüel Analog Skala (VAS) ile ölçüldü. Gruplar arası karşılaştırmalarda Kruskal–Wallis ve Mann–Whitney U testleri, grup içi değişimlerde Wilcoxon testi uygulandı; $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Gruplar arasında yaş, serum PSA düzeyleri, prostat hacimleri ve biyopsi kor sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). İşlem öncesi kaydedilen bazal vital bulguların tüm gruplarda benzer olduğu görüldü ($p>0,05$). İşlem sonrası (post-op) gruplar arası karşılaştırmada, sadece VR + Aromaterapi grubunun medyan STAI-I skorunun 40,00 (36,00–42,00) olduğu ve Kontrol grubuna (medyan: 42,00 [38,00–49,25]) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük kaygı düzeyine sahip olduğu belirlendi ($p=0,039$). Grup içi değişim analizlerinde; Aromaterapi ($p=0,006$) ve VR + Aromaterapi ($p<0,001$) gruplarında işlem sonrası anksiyete düzeylerinde anlamlı azalma saptandı. Sürekli kaygı (STAI-II) skorlarında ise sadece VR + Aromaterapi kolunda işlem sonrasında anlamlı bir gerileme (48,00'dan 43,00'a) kaydedildi ($p=0,017$). Ağrı algısı (VAS) değerlendirildiğinde; Aromaterapi ($p=0,039$), VR ($p=0,009$) ve VR + Aromaterapi ($p<0,001$) gruplarının tamamı kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük ağrı skorları sergiledi. En düşük ağrı skorları VR + Aromaterapi grubunda (medyan: 1,10 [0,80–2,70]) izlendi ve bu gruptaki analjezik etkinliğin, tek başına aromaterapi uygulanan gruptan da istatistiksel olarak daha üstün olduğu saptandı ($p=0,045$).

SONUÇ

Prostat biyopsisi sırasında sanal gerçeklik ve aromaterapi kombinasyonunun kullanımı, hem ağrı hem de anksiyete yönetiminde standart yöntemlere göre belirgin üstünlük sağlamaktadır. Bu sinerjistik yaklaşım, hastaların işlem konforunu artırmada ve genel kaygı yapısını modüle etmede etkili, güvenilir ve non-invaziv bir tamamlayıcı yöntem olarak öne çıkmaktadır.

Tablo 1. İşlem sonrası STAI-I skorlarının karşılaştırılması

Grup	Post STAI-I skoru (medyan, q1–q3)	Kontrol ile karşılaştırma (adj. P)	Aromaterapi ile karşılaştırma (adj. P)	VR ile karşılaştırma (adj. P)
Kontrol (n=50)	42.00 (38.00–49.25)	—	—	—
Aromaterapi (n=50)	41.00 (36.00–45.25)	0.647	—	—
VR (n=50)	40.50 (38.00–44.25)	0.496	1.000	—
VR + aromaterapi (n=50)	40.00 (36.00–42.00)	**0.039**	1.000	1.000

Tablo 2. İşlem öncesi ve sonrası STAI-II skorlarının karşılaştırılması

Grup	STAI-II Pre (Medyan, Q1–Q3)	STAI-II Post (Medyan, Q1–Q3)	Pre–Post Karşılaştırma (p)
Kontrol (n=50)	48.50 (42.75–55.00)	49.00 (44.00–53.00)	0.857
Aromaterapi (n=50)	48.00 (40.75–52.25)	47.00 (41.00–51.00)	0.570
VR (n=50)	48.00 (40.75–52.00)	47.00 (41.50–50.25)	0.278
VR + Aromaterapi (n=50)	48.00 (42.00–52.00)	43.00 (39.75–48.00)	**0.017**

Tablo 3. Grupların işlem sonrası VAS skorlarının karşılaştırılması

Grup	VAS Skoru (Medyan, Q1–Q3)	Kontrol ile Karşılaştırma (Adj. p)	Aromaterapi ile Karşılaştırma (Adj. p)	VR ile Karşılaştırma (Adj. p)
Kontrol (n=50)	2.85 (2.20–3.55)	—	—	—
Aromaterapi (n=50)	2.10 (1.10–3.20)	**0.039**	—	—
VR (n=50)	2.00 (1.10–3.00)	**0.009**	1.000	—
VR + Aromaterapi (n=50)	1.10 (0.80–2.70)	**<0.001**	**0.045**	0.158

Tablo 4. İşlem öncesi ve sonrası STAI-I skorlarının karşılaştırılması

Grup	STAI-I Pre (Medyan, Q1–Q3)	STAI-I Post (Medyan, Q1–Q3)	Pre–Post Karşılaştırma (p)
Kontrol (n=50)	43.00 (39.00–47.00)	42.00 (38.00–49.25)	0.792
Aromaterapi (n=50)	43.00 (39.00–48.00)	41.00 (36.00–45.25)	**0.006**
VR (n=50)	40.50 (37.00–48.00)	40.50 (38.00–44.25)	0.053
VR + Aromaterapi (n=50)	44.50 (40.00–49.00)	40.00 (36.00–42.00)	**< 0.001**

SS-19) KAS İNVAZE OLMAYAN MESANE KANSERİNDE ERKEN NÜKS VE NÜKS YÜKÜNÜN PROGNOSTİK DEĞERİ: BEŞ YILLIK GERÇEK YAŞAM KOHORT ÇALIŞMASI

MUHAMMET BİLMİŞ(1) ALİ CAN ALBAZ(1) TALHA MÜEZZİNOĞLU(1) GÖKHAN TEMELTAŞ(1) OKTAY ÜÇER(1) İLKER ÇELEN(1) OĞUZCAN ERBATU(1)

1. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ

AMAÇ

Kas invaze olmayan mesane kanseri (KİOMK), mesane kanserlerinin yaklaşık %70–75'ini oluşturmakta olup yüksek nüks oranları nedeniyle uzun süreli sistoskopik takip gerektiren heterojen bir hastalıktır. Günümüzde kullanılan EORTC, CUETO ve Avrupa Üroloji Birliği (EAU) risk sınıflamaları büyük ölçüde tanı anındaki klinikopatolojik özelliklere dayanmaktadır. Ancak bu modeller, hastalığın takip sürecindeki dinamik davranışını tam olarak yansıtamamaktadır. İlk nüks zamanı ve takip boyunca gelişen toplam nüks sayısının hastalık biyolojisini daha iyi yansıtabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada erken nüks ve nüks yükünün prognostik değeri araştırılmış, bunlarla ilişkili klinikopatolojik faktörler değerlendirilmiş ve EAU risk grupları ile ilişkileri incelenmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif, tek merkezli kohort çalışmasına, Ocak 2010 ile Aralık 2019 tarihleri arasında primer transüretral mesane tümörü rezeksiyonu (TUR-M) uygulanan ve histopatolojik olarak Ta, T1 veya karsinoma in situ tanısı alan, en az beş yıllık takibi bulunan toplam 1062 hasta dahil edildi. Demografik veriler ile tümör sayısı, çapı, evresi, derecesi, multifokalite, önceki nüks öyküsü, eşlik eden CIS, idrar sitolojisi, ikinci TUR-M uygulanması, intravezikal BCG tedavisi ve EAU risk grupları değerlendirildi. Erken nüks ilk TUR-M'den sonraki 12 ay içinde gelişen ilk histopatolojik nüks olarak tanımlandı. Takip süresince iki veya daha fazla nüks gelişmesi nüks yükü olarak kabul edildi. Erken nüks ve progresyon için bağımsız risk faktörleri çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile araştırıldı.

BULGULAR

Toplam 1062 hastanın ortalama yaşı 66,1±9,3 yıl olup hastaların %84'ü erkekti. Beş yıllık takip sonunda 535 hastada (%50,4) nüks, 55 hastada (%5,2) ise kas invaze progresyon gelişti. Nüks gelişen hastaların %54,3'ünde ilk nüks ilk 12 ay içinde meydana gelirken, %62,6'sında iki veya daha fazla nüks izlendi.

Erken nüks gelişen hastalarda sigara öyküsü, önceki nüks öyküsü, ?3 cm tümör çapı, multifokalite, T1 evresi, yüksek dereceli tümör ve pozitif idrar sitolojisi anlamlı olarak daha sık saptanırken, intravezikal BCG tedavisi daha düşük oranda uygulanmıştı (tümü $p<0,001$). Çok değişkenli analizde sigara öyküsü (OR=1,85), önceki nüks öyküsü (OR=2,10), ?3 cm tümör (OR=2,34), multifokalite (OR=2,68), T1 evresi (OR=1,95), intravezikal BCG uygulanmaması (OR=2,45) ve ikinci TUR-M uygulanması (OR=1,65) erken nüksün bağımsız belirleyicileri olarak bulundu.

Erken nüks ve çoklu nüks oranları EAU yüksek risk grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla %62,5 ve %69,6; $p<0,001$). Yüksek risk grubunda progresyonun bağımsız belirleyicileri ise yüksek dereceli tümör (OR=4,85), T1 evresi (OR=3,20), eşlik eden CIS (OR=2,80) ve pozitif idrar sitolojisi (OR=1,90) olarak saptandı.

SONUÇ

KİOMK' de erken nüks ve nüks yükü, hastalığın biyolojik davranışını yansıtan önemli dinamik prognostik göstergelerdir. Bu parametrelerin mevcut EAU risk sınıflamasına ek olarak değerlendirilmesi, bireyselleştirilmiş risk değerlendirmesi ve takip stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Bulgularımızın prospektif ve çok merkezli çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

Tablo 2. Erken nüksün bağımsız belirleyicileri
(Çok değişkenli lojistik regresyon)

Değişken	OR (%95 GA)	p değeri
Sigara öyküsü	1,85 (1,22–2,81)	0,004
Önceki nüks öyküsü	2,10 (1,41–3,12)	<0,001
Tümör çapı ≥3 cm	2,34 (1,58–3,47)	<0,001
Multifokal tümör	2,68 (1,76–4,08)	<0,001
T1 evresi	1,95 (1,28–2,96)	0,001
İntravezikal BCG uygulanmaması	2,45 (1,55–3,87)	<0,001
İkinci TUR-M uygulanması	1,65 (1,10–2,48)	0,015

SS-20) RADİKAL NEFREKTOMİ UYGULANAN RENAL HÜCRELİ KARSİNOM HASTALARINDA HALP SKORU, SİSTEMİK İMMÜN-İNFLAMASYON İNDEKSİ (SII) VE PROGNOSTİK NÜTRİSYONEL İNDEKSİN (PNI) KARŞILAŞTIRMALI PROGNOSTİK DEĞERİ

MUHAMMED SAİD KESKİN(1) RIDVAN ÖZCAN(1) MEHMET FATİH ŞAHİN(1) ONUR ORBEĞİ(1) MUHAMMED SENCER KÖROĞLU(1) EMRE ÖZTÜRK(1) ONUR AKYILDIZ(1) CENK MURAT YAZICI(1) ÇAĞRI DOĞAN(1)

1. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

İnflamasyon ve nütrisyon temelli biyobelirteçler, renal hücreli karsinomlu (RHK) hastalarda umut verici prognostik göstergeler olarak öne çıkmaktadır. Hemoglobin, Albümin, Lenfosit ve Trombosit (HALP) skoru, Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksi (SII) ve Prognostik Nütrisyonel İndeksin (PNI) prognostik değerleri ayrı ayrı gösterilmiş olmakla birlikte, bu biyobelirteçlerin prognostik performanslarının doğrudan karşılaştırıldığı çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada, radikal nefrektomi uygulanan RHK hastalarında preoperatif HALP skoru, SII ve PNI'nin kansere özgü mortaliteyi (Cancer-Specific Mortality, CSM) öngörmedeki prognostik değerlerinin karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif tek merkezli çalışmaya Ocak 2015-Aralık 2024 tarihleri arasında radikal nefrektomi uygulanan ve histopatolojik olarak RHK tanısı doğrulanan toplam 131 hasta dahil edildi. Demografik, klinikopatolojik ve laboratuvar verileri retrospektif olarak değerlendirildi. HALP, SII ve PNI skorları preoperatif laboratuvar parametrelerinden hesaplandı. Optimal kesim değerlerinin belirlenmesi ve prognostik performansın karşılaştırılması amacıyla ROC eğrisi analizi yapıldı. Kansere özgü mortalite ile ilişkili prognostik faktörler univaryat ve multivaryat Cox regresyon analizleri ile değerlendirildi.

BULGULAR

Ortanca takip süresi 14 ay (IQR: 6-36) idi. ROC analizinde HALP skoru kansere özgü mortaliteyi öngörmede en yüksek ayırt edici gücü gösterdi (AUC=0.734); bunu sırasıyla PNI (AUC=0.731) ve SII (AUC=0.658) izledi. Düşük HALP skoruna sahip hastalarda tümör boyutu daha büyük, hastanede yatış süresi daha uzun, yüksek dereceli tümör oranı ve perioperatif kan transfüzyonu gereksinimi daha fazla olup, kansere özgü mortalite oranı anlamlı olarak daha yüksekti (tüm karşılaştırmalar için $p<0.05$). Univaryat Cox analizinde ileri yaş, büyük tümör boyutu, metastatik hastalık, ileri patolojik evre, yüksek tümör derecesi, perioperatif kan transfüzyonu, düşük HALP, yüksek SII ve düşük PNI kötü kansere özgü mortalite ile ilişkili bulundu. Multivaryat analizde ise yalnızca metastatik hastalık (HR=3.59, %95 GA: 1.56-8.26; p=0.003) ve düşük HALP skoru (HR=3.57, %95 GA: 1.57-8.10; p=0.002) bağımsız prognostik faktör olarak saptandı.

SONUÇ

İncelenen inflamasyon ve nütrisyon temelli biyobelirteçler arasında HALP skoru en yüksek prognostik performansı göstermiş ve çok değişkenli analizde kansere özgü mortalite ile bağımsız ilişkili bulunan tek biyobelirteç olmuştur. Rutin preoperatif laboratuvar testlerinden kolayca hesaplanabilmesi ve ek maliyet gerektirmemesi nedeniyle HALP skoru, radikal nefrektomi uygulanan RHK hastalarında preoperatif risk sınıflandırmasında kullanılabilecek pratik ve güvenilir bir biyobelirteç olarak değerlendirilebilir.

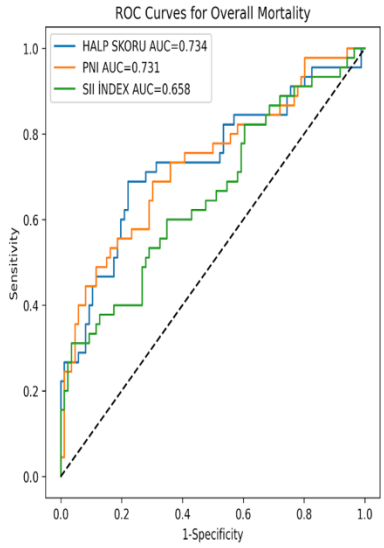


Table 2. Comparison of laboratory parameters according to CSM

	CSM	No-CSM	p value
n	45	86	
Hemoglobin (g/dL) (mean ± SD)	11.8 ± 2.5	13.5 ± 1.5	**<0.001**
Albumin (g/dL) (mean ± SD)	4.02 ± 0.58	4.6 ± 1.3	**<0.001**
Neutrophil count (×10³/μL) (mean ± SD)	5.2 ± 1.7	4.7 ± 1.8	**0.047**
Lymphocyte count (×10³/μL) (mean ± SD)	1.9 ± 0.8	2.4 ± 1.7	**0.045**
Platelet count (×10³/μL) (mean ± SD)	317.6 ± 135.5	265.8 ± 82.5	0.060
LMR (mean ± SD)	3.4 ± 1.6	4.2 ± 2.0	**0.004**
PLR (mean ± SD)	197.8 ± 149.2	129.5 ± 52.8	**0.003**
NLR (mean ± SD)	3.2 ± 2.1	2.4 ± 1.8	**0.002**
PNI (mean ± SD)	39.4 ± 8.3	44.6 ± 4.1	**<0.001**
HALP score (mean ± SD)	36.2 ± 27.7	53.9 ± 27.6	**<0.001**
SII (mean ± SD)	1120.1 ± 146.5	604.8 ± 305.8	**0.003**

Table 4. Univariate Cox Regression Analysis for CSM

Variable	HR (95% CI)	p
Age, years	1.03 (1.01–1.06)	**0.018**
Male sex	1.36 (0.67–2.77)	0.390
Tumor size, mm	1.01 (1.00–1.02)	**0.002**
Preoperative metastatic disease	4.87 (2.55–9.32)	**<0.001**
pT ≥ 3	1.90 (1.03–3.49)	**0.040**
Grade ≥ 3	2.57 (1.41–4.70)	**0.002**
Positive surgical margin	1.29 (0.40–4.20)	0.667
Blood transfusion	2.65 (1.42–4.93)	**0.002**
Low HALP	4.54 (2.39–8.60)	**<0.001**
High SII	3.94 (2.09–7.45)	**<0.001**
Low PNI	3.83 (2.02–7.27)	**<0.001**

Table 5. Multivariate Cox Regression Analysis for CSM

Variable	Adjusted HR (95% CI)	p
Age, years	1.02 (1.00–1.05)	0.105
Preoperative metastatic disease	3.59 (1.56–8.26)	**0.003**
pT ≥ 3	1.19 (0.58–2.45)	0.642
Grade ≥ 3	1.46 (0.67–3.16)	0.339
Low HALP	3.57 (1.57–8.10)	**0.002**
High SII	0.79 (0.33–1.91)	0.603
Low PNI	1.79 (0.82–3.91)	0.145

SS-21) STRATCANS AKTİF İZLEM İÇİN UYGUN HASTALARIN BELİRLENMESİNDE ETKİLİ MİDİR? NİHAİ PATOLOJİ BULGULARINA DAYALI BİR ANALİZ

BÜLENT ÖNAL(1) MUHAMMET DEMİRBİLEK(2) MUSTAFA MACİT(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. SİLVAN DR. YUSUF AZİZOĞLU DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

STRATCANS risk sınıflandırma modelinin, aktif izlem (Active Surveillance, AS) için uygun hastaları belirleme ve düşük ile orta riskli prostat kanseri hastalarında olumsuz patolojik sonuçları öngörme yeteneğini değerlendirmek.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif çalışmaya, 2018–2025 yılları arasında prostat kanseri tanısı alarak radikal prostatektomi uygulanan 183 hasta dahil edildi. Hastalar üç risk grubuna (STRATCANS 1–3) ayrıldı. Olumsuz patolojik sonuç, nihai patoloji örneğinde aşağıdaki bulgulardan en az birinin bulunması olarak tanımlandı: ISUP Derece Grubu 3 ve üstü , ekstraprostatik yayılım, seminal vezikül invazyonu veya patolojik evre pT3 ve üstü STRATCANS kategorileri ile olumsuz patoloji arasındaki ilişki lojistik regresyon ve eğilim analizi kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR

Olumsuz patolojik özellikler 66 hastada (%36,1) saptandı. Olumsuz patoloji görülme sıklığı STRATCANS kategorileri arasında anlamlı şekilde arttı: STRATCANS 1 grubunda %13,3, STRATCANS 2 grubunda %37,0 ve STRATCANS 3 grubunda %62,0 (eğilim için p <0,001). STRATCANS 1 ile karşılaştırıldığında, olumsuz patoloji riski STRATCANS 2 grubunda daha yüksekti (OR: 3,82; %95 GA: 1,58–9,23; p = 0,003) ve STRATCANS 3 grubunda belirgin şekilde artmıştı (OR: 10,61; %95 GA: 4,15–27,10; p <0,001). ROC analizi, modelin orta düzeyde öngörü performansına sahip olduğunu gösterdi (AUC: 0,72; %95 GA: 0,65–0,79).

SONUÇ

STRATCANS risk sınıflandırması, olumsuz patolojik sonuçlarla ilişkilidir. Daha yüksek STRATCANS kategorileri, agresif hastalık açısından anlamlı derecede yüksek risk taşıyan hastaları belirlemekte olup, aktif izlem için uygun hasta seçiminin iyileştirilmesine katkı sağlayabileceğini ve tümörün altta yatan agresif biyolojisini yansıttığını göstermektedir.

Tablo 1 – Demografik veriler ve patolojik bulgular (n = 183)

Parametre	n = 183
Medyan yaş, yıl (IQR)	65 (59–69)
Medyan PSA, ng/ml (IQR)	6,5 (4,7–9)
Medyan PSA yoğunluğu, ng/ml/cm³ (IQR)	0,13 (0,08–0,2)
Medyan biyopsi pozitif kor oranı, % (IQR)	0,37 (0,16–0,50)
Biyopsi ISUP derece grubu, n (%)	
GG 1	109 (59,6)
GG 2	74 (40,4)
Klinik T evresi, n (%)	
cT1	112 (61,2)
cT2	71 (38,8)
MRG'de radyolojik T evresi, n (%)	
rT1	36 (19,7)
rT2	145 (79,2)
rT3	2 (1,1)
PI-RADS skoru, n (%)	
PI-RADS 1	15 (8,2)
PI-RADS 2	21 (11,5)
PI-RADS 3	31 (16,9)
PI-RADS 4	83 (45,4)
PI-RADS 5	33 (18)
Cambridge prognostik grup, n (%)	
CPG 1	83 (45,4)
CPG 2	100 (54,6)
STRATCANS grubu, n (%)	
1	60 (32,8)
2	73 (39,9)
3	50 (27,3)
Nihai histopatoloji ISUP derece grubu, n (%)	
GG 1	79 (43,2)
GG 2	70 (38,3)
GG 3	26 (14,2)
GG 4	5 (2,7)
GG 5	3 (1,6)
Ekstrakapsüler yayılım, n (%)	
Yok	133 (72,7)
Var	50 (23,3)
Seminal vezikül invazyonu, n (%)	
Yok	170 (92,9)
Var	13 (7,1)
Patolojik evre, n (%)	
pT2	133 (72,7)
pT3	50 (23,3)

IQR = interkuartil aralık; PSA = prostat spesifik antijen; ISUP = Uluslararası Ürolojik Patoloji Derneği; GG = derece grubu; MRG = manyetik rezonans görüntüleme; PI-RADS = Prostat Görüntüleme – Raporlama ve Veri Sistemi.
*Sürekli değişkenler ortalama ve medyan (interkuartil aralık, IQR) olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak özetlenmiştir.

Tablo 2 – STRATCANS grupları ve olumsuz patolojik sonuçlar (n = 183)

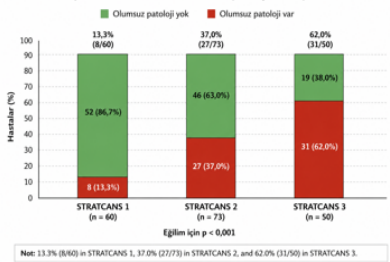
Ekstraprostatik yayılım, n (%)	ECE (-)	ECE (+)	p değeri
STRATCANS 1	54 (90)	6 (10)	
STRATCANS 2	56 (76,7)	17 (23,3)	**p < 0,001**
STRATCANS 3	23 (46)	27 (54)	
Seminal vezikül invazyonu, n (%)	**SVI (-)**	**SVI (+)**	**p değeri**
STRATCANS 1	60 (100)	0 (0)	
STRATCANS 2	68 (93,2)	5 (6,8)	**p = 0,005**
STRATCANS 3	42 (84)	8 (16)	
Nihai histopatoloji, n (%)	**ISUP 1-2**	**≥ ISUP 3**	**p değeri**
STRATCANS 1	58 (96,7)	2 (3,3)	
STRATCANS 2	55 (75,3)	18 (24,7)	**p < 0,001**
STRATCANS 3	36 (72)	14 (28)	
Olumsuz histopatoloji, n (%)	**Hayır**	**Evet**	**p değeri**
STRATCANS 1	52 (86,7)	8 (13,3)	
STRATCANS 2	46 (63)	27 (37)	**p < 0,001**
STRATCANS 3	18 (36)	32 (64)	

ECE = Ekstraprostatik yayılım; SVI = seminal vezikül invazyonu; ISUP = International Society of Urological Pathology; Olumsuz histopatoloji = ECE + veya SVI + veya nihai histopatoloji ≥ ISUP 3.
p değerleri, kategorik değişkenler için χ^2 testi kullanılarak hesaplanmıştır.
Anlamlı p değerleri (<0,05) kalın (bold) olarak gösterilmiştir.

Tablo 3: STRATCANS kategorilerinin olumsuz patolojik sonuçlar için lojistik regresyon analizi

Değişken	OR	%95 GA (95 % CI)	p-değeri
Intercept	0.15	0.07 – 0.33	**0.000**
STRATCANS [2 vs 1]	3.815	1.57 – 9.25	**0.003**
STRATCANS [3 vs 1]	10.605	4.24 – 26.52	**0.000**

Şekil 1: STRATCANS ve olumsuz patolojik sonuçlar



Not: 13.3% (8/60) in STRATCANS 1, 37.0% (27/73) in STRATCANS 2, and 62.0% (31/50) in STRATCANS 3.

SS-22) PARSİYEL NEFREKTOMİ UYGULANAN HASTALARDA VÜCUT KİTLE İNDEKSİ İLE VİSERAL ADİPOZİTE ARASINDAKİ UYUMSUZLUKLAR

GÜNAL ÖZGÜR(1) CANAN CİMŞİT(2) TÜRKER ALTUNTAŞ(2) MOHAMMAD YASİR SAHAK(2) İLHAN BERKAY ALTINTAŞ(2) YUSUF ŞENOĞLU(2) MURAT KARS(1) HAYDAR KAMİL ÇAM(2) TARIK EMRE ŞENER(2)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Obezite böbrek kanseri için bir risk faktörüdür; ancak vücut kitle indeksi (VKİ), vücut yağ dağılımını yeterince yansıtmaz. Görüntüleme temelli viseral adipozite (VA) ölçümleri, VKİ'nin ötesinde ek klinik bilgi sağlayabilir. Bu çalışmada, parsiyel nefrektomi (PN) uygulanan hastalarda VKİ ile VA arasındaki uyumsuzluklar ve bunların perioperatif sonuçlarla ilişkisi değerlendirilmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM

Renal kitle nedeniyle açık veya laparoskopik PN uygulanan hastalar retrospektif olarak analiz edildi. VKİ, subkutan adipoz doku alanı (SATA), viseral adipoz doku alanı (VATA) ve bel çevresi (WC), preoperatif BT veya MR görüntülerinde umbilikal düzeyde ölçüldü (Şekil 1). Obezite durumuna göre preoperatif, perioperatif ve postoperatif parametreler karşılaştırıldı.

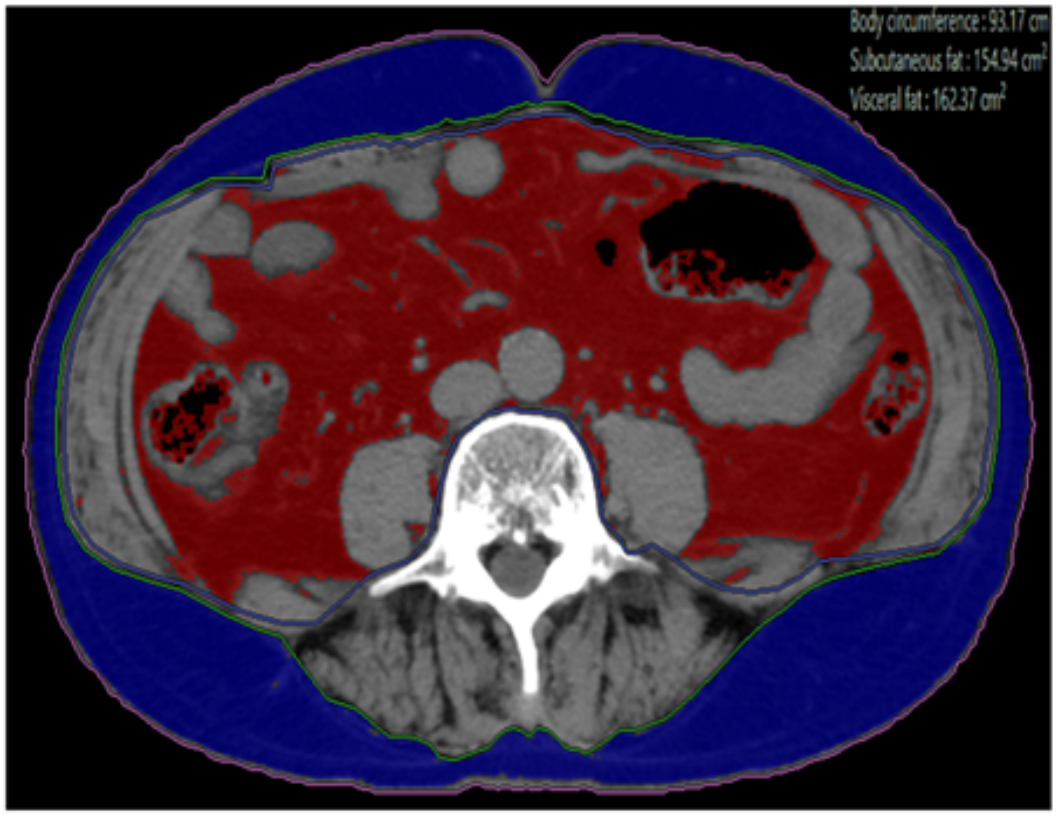
BULGULAR

Çalışmaya 150 hasta dahil edildi. Kullanılan tanıma göre obezite prevalansı belirgin farklılık gösterdi: VKİ'ye göre %36,0, bel çevresine göre %74,0 ve VATA'ya göre %85,3. VKİ ve WC, SATA ile güçlü korelasyon gösterirken, VATA ile korelasyonları daha zayıftı. Obezite tanımlarının hiçbiri ile tümör patolojisi veya patolojik evre arasında anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 1). VATA 100 cm^2'den fazla olan hastalarda operasyon süresi daha uzun bulundu ve laparoskopik PN alt grubunda VATA ile operasyon süresi arasında orta düzeyde pozitif korelasyon saptandı; ancak VKİ ve WC için bu ilişki gözlenmedi. Obezite ölçümleri ile tahmini kan kaybı (EBL) veya komplikasyon oranları arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

SONUÇ

PN uygulanan hastalarda VKİ ile görüntüleme temelli viseral adipozite ölçümleri arasında belirgin uyumsuzluklar bulunmaktadır. Viseral adipozite, VKİ'ye kıyasla perioperatif cerrahi kompleksitenin bazı yönlerini daha iyi yansıtabilir. Görüntüleme temelli vücut kompozisyonu değerlendirmesinin preoperatif değerlendirmeye dahil edilmesi, hasta yönetimini geliştirebilir.

Şekil 1. BT Temelli Abdominal Adipoz Doku Kompartmanlarının Değerlendirilmesi



Şekil 1: Umbilikal düzeyde elde edilen aksiyel abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüsünde, -150 ile -50 Hounsfield ünitesi eşik değeri kullanılarak yapılan adipoz doku segmentasyonu gösterilmektedir; subkutan adipoz doku alanı (SATA) mavi, viseral adipoz doku alanı (VATA) kırmızı ile işaretlenmiştir. Vücut çevresi (BC) aynı kesit üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 1. VATA-, VKİ- ve bel çevresine göre tanımlanan obezitenin tümör patolojisi ve evresi ile ilişkisi

	VATA Obezitesi			BMI Obezitesi			WC Obezitesi *		
	<100 cm²	≥100 cm²	p	<30 kg/m2	≥30 kg/m2	p	Negatif	Pozitif	p
Patoloji									
Benign	5 (22.7%)	24 (18.8%)		18 (18.9%)	11 (20.4%)		8 (20.5%)	21 (18.9%)	
Berrak Hücreli RCC	16 (72.7%)	82(64.1%)	0.413	63 (65.6%)	35 (64.8%)	0.782	24 (61.5%)	74 (66.7%)	0.929
Kromofob RCC	0	14 (10.9%)		8 (8.3%)	6 (11.1%)		4 (10.3%)	10 (9%)	
Papiller RCC	1 (4.5%)	8 (6.3%)		7 (7.3%)	2 (3.7%)		3 (7.7%)	6 (5.4%)	
T evresi									
Benign	5 (22.7%)	24 (18.8%)		18 (18.9%)	11 (20.4%)		8 (20.5%)	21 (18.9%)	
T1	15 (68.2%)	89 (69.5%)	0.662	66 (68.8%)	38 (70.4%)	0.944	26 (66.7%)	78 (70.3%)	0.657
T2	2 (9.1%)	8 (6.3%)		7 (7.3%)	3 (5.6%)		4 (10.3%)	6 (5.4%)	
T3	0	7 (5.5%)		5 (5.2%)	2 (3.7%)		1 (2.6%)	6 (5.4%)	

* Bel çevresi (WC) obezitesi: kadınlarda >88 cm, erkeklerde >102 cm

VKİ: vücut kitle indeksi; RCC: renal hücreli karsinom; VATA: viseral adipoz doku alanı; WC: bel çevresi; T evresi: TNM sınıflamasına göre patolojik tümör evresi.*

SS-23) KASA İNVAZE OLMAYAN MESANE KANSERİNDE KOMBİNE CD47/CD163 İMMÜNOHİSTOKİMYA SKORU İLE BCG TEDAVİ BAŞARISIZLIĞI VE NÜKS ARASINDAKİ İLİŞKİ: RETROSPEKTİF KOHORT ÇALIŞMASI

YİĞİT ÇAĞRI KIZILÇAY(1) ÇAĞDAŞ ŞENEL(2) GÜLAY TURAN(3) MUHAMMED SACİD DEMİR(4)

1. BALIKESİR DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ
2. BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
3. BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, PATOLOJİ ANABİLİM DALI
4. HAKKARİ DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Kasa invaze olmayan mesane kanseri (KİOMK) hastalarında tümöral CD47 boyama yoğunluğu (0–3+) ve stromal CD163 makrofaj infiltrasyon yoğunluğu (0–3+) toplamından oluşan kombine immünohistokimya (İHK) skorunun (0–6), intravezikal BCG tedavi başarısızlığı ve nüksü öngörme değerinin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

2015–2022 yılları arasında primer KİOMK tanısıyla TUR-M + re-TUR sonrası tam indüksiyon (6 hafta) ve ?1 yıl idame BCG tedavisi alan 110 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Kombine CD47/CD163 skoru: CD47 boyama yoğunluğu (0/1+/2+/3+ › 0–3 puan) ile CD163 stromal makrofaj yoğunluğu (0/<5%/5–25%/>25% › 0–3 puan) toplamı alınarak hesaplandı (toplam 0–6 puan). Hastalar düşük (0–3 puan, n=64) ve yüksek (4–6 puan, n=46) skor grubu olarak ikiye ayrıldı. BCG başarısızlığı; dirençli hastalık, tam yanıt sonrası nüks veya progresyon şeklinde EAU kriterlerine göre tanımlandı. İstatistiksel analizlerde Ki-kare, Mann-Whitney U, x^2 trend testi ve bootstrap yeniden örnekleme ile çok değişkenli lojistik regresyon uygulandı (anlamlılık eşiği: $p<0.05$).

BULGULAR

Yüz on hastanın 46'sında (%41.8) yüksek kombine skor (4–6) saptandı. Yüksek skor grubu, düşük skora kıyasla anlamlı ölçüde daha yüksek HG tümör oranı (%80.4 vs %48.4, p=0.001) ve daha yüksek EAU risk grubu (p=0.014) ile ilişkiliydi. BCG başarısızlık ve nüks oranı yüksek skor grubunda anlamlı ölçüde daha fazlaydı (%45.7 vs %23.4, p=0.025). Re-TUR'da histopatolojik upstaging ve/veya upgrading saptanan hastalarda da kombine skor anlamlı ölçüde yüksekti (%52.2 vs %31.3, p=0.044). Kombine skor kategorileri arasında BCG başarısızlığı açısından belirgin bir doz-yanıt ilişkisi gözlemlendi (skor 0: %0 › skor 6: %53.3; trend p=0.011).

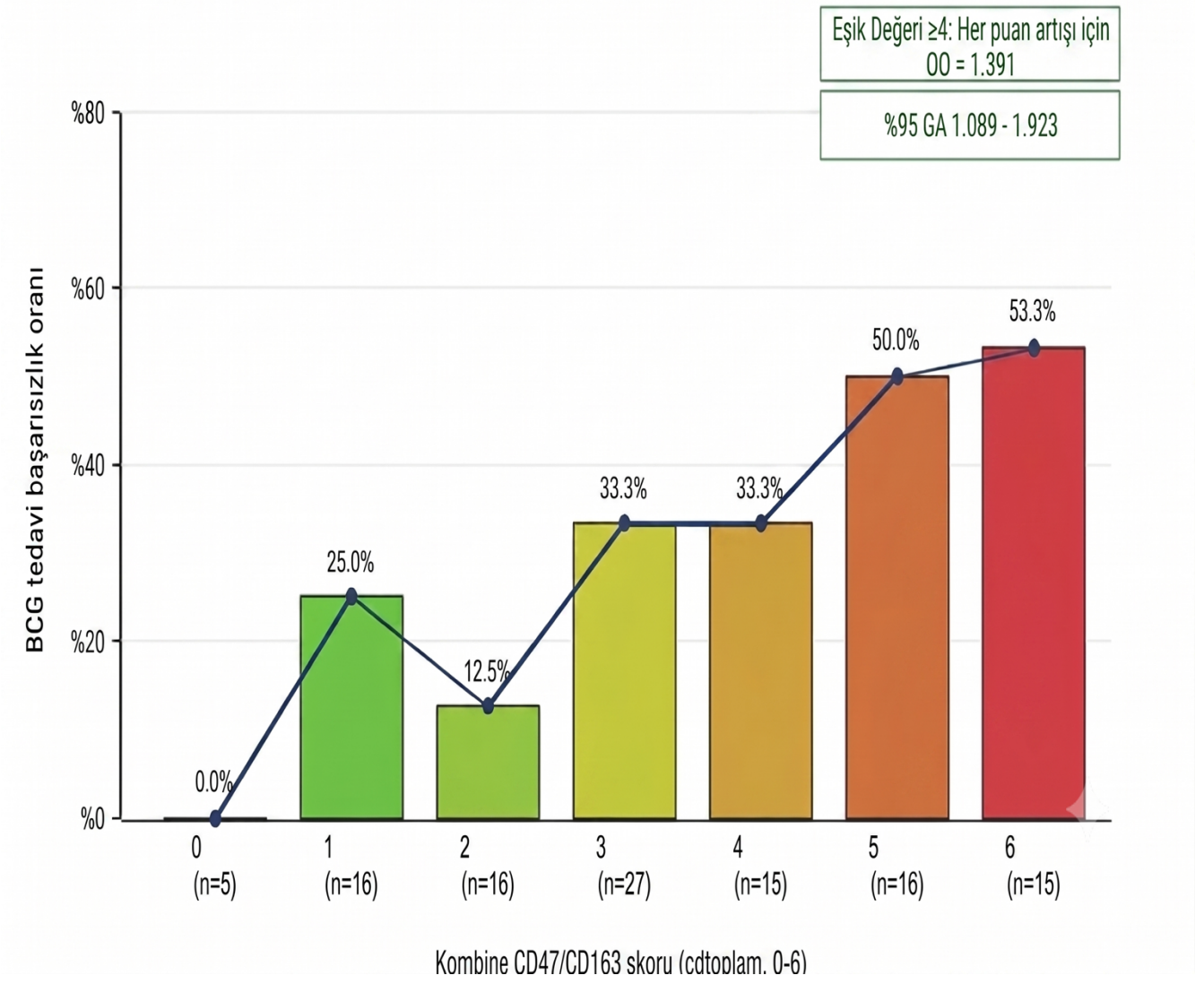
Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde kombine CD47/CD163 skoru, BCG başarısızlığının bağımsız prediktörü olarak belirlendi (OR = 1.401 per puan, %95 GA 1.077–1.965, p = 0.024). ROC analizinde AUC = 0.694 olarak hesaplandı.

SONUÇ

CD47 boyama yoğunluğu ile CD163 makrofaj yoğunluğunun toplamından oluşan kombine İHK skoru, KİOMK'ta BCG başarısızlığını bağımsız olarak öngörmektedir (OR=1.401, p=0.024) ve kategoriler arasında belirgin bir doz-yanıt ilişkisi sergilemektedir (trend p=0.011). Rutin patoloji pratiğinde kolaylıkla uygulanabilecek bu iki İHK belirtecinin birlikte skorlanması, BCG'ye yanıt vermeyecek hastaların erken belirlenmesinde katkı sağlayabilir. Büyük ölçekli prospektif çalışmalarla doğrulama gerekmektedir.

Şekil 1. Kombine CD47/CD163 Skoru ve BCG Tedavisi Sonuçları

(0 = en düşük kombine ekspresyon, 6 = en yüksek)



SS-24) TRANSPERİNEAL PROSTAT BİYOPSİSİNDE PERİPROSTATİK BLOKAJA EK INTRAPROSTATİK LOKAL ANESTEZİNİN AĞRI ÜZERİNE ETKİSİ: PROSPEKTİF KONTROLLÜ ÇALIŞMA

KADER ADA DOĞAN(1) CEYHUN ÖZDEMİROĞLU(1) GÜNAL ÖZGÜR(2) MURAT KARS(2) YUSUF SENOGLU(1) HAYDAR KAMİL ÇAM(1)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, transperineal prostat biyopsisi sırasında periprostatik lokal anesteziye ek olarak intraprostatik lokal anestezi uygulanmasının, yalnızca periprostatik lokal anesteziye kıyasla işlem sırasındaki ve işlem sonrasındaki ağrı düzeyi üzerindeki etkisini değerlendirmek ve hastaların anksiyete ile depresyon düzeyleriyle ilişkisini incelemektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Prospektif, kontrollü olarak planlanan çalışmaya transperineal prostat biyopsisi uygulanacak 90 hasta dahil edildi. Hastalar iki gruba ayrıldı: yalnızca periprostatik lokal anestezi uygulanan kontrol grubu (10 cc, n=45) ve periprostatik (8 cc) + intraprostatik (2 cc) lokal anestezi uygulanan çalışma grubu (n=45). Tüm hastalarda demografik, klinik ve radyolojik veriler ile komorbiditeler ve önceki biyopsi öyküsü kaydedildi. Psikolojik durum Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile değerlendirildi. Ağrı düzeyi farklı işlem aşamalarında görsel analog skala ile ölçüldü. İstatistiksel analizlerde $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Gruplar demografik, klinik ve psikolojik parametreler açısından benzerdi. Preoperatif ve rektal prob yerleştirilmesi sırasındaki ağrı skorları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,208$ ve $p=0,149$). Lokal anestezik enjeksiyonu sırasında ağrı çalışma grubunda daha yüksek bulundu (median VAS: 5 vs 4; $p<0,001$). Buna karşın biyopsi örneklemesi sırasında (median VAS: 4 vs 6; $p<0,001$) ve işlem sonrasında (median VAS: 2 vs 4; $p<0,001$) ağrı skorları çalışma grubunda anlamlı olarak daha düşüktü.

SONUÇ

Periprostatik blokaja eklenen intraprostatik lokal anestezi, enjeksiyon sırasında kısa süreli ağrı artışına neden olmakla birlikte, biyopsi sırasında ve işlem sonrasında daha etkili analjezi sağlayarak hasta konforunu artırmaktadır. Bu yöntem, transperineal prostat biyopsisi uygulamalarında hasta tolerabilitesini artırmak amacıyla tercih edilebilir.

Tablo 1. Gruplar arasında anksiyete ve ağrı skorlarının karşılaştırılması

	Kontrol Grubu (n=45) Medyan (Min-Max)	**Çalışma Grubu (n=45) Medyan (Min-Max)**	**p değeri**
HAD Anksiyete Puanı	5 (0-10)	5 (0-13)	0.977
Anksiyete Derecesi	1 (1-2)	1 (1-3)	0.867
HAD Depresyon Puanı	5 (0-15)	6 (0-16)	0.694
Depresyon Derecesi	1 (1-3)	1 (1-3)	0.611
Preoperatif VAS Ağrı	3 (0-7)	2 (0-8)	0.208
Rektal Prob Yerleştirilirken Ağrı	2 (0-6)	3 (1-6)	0.149
Lokal Anestezik Enjeksiyon Ağrısı	4 (2-9)	5 (3-10)	**<0.001***
Biyopsi Sırasında Ağrı	6 (4-9)	4 (1-8)	**<0.001***
İşlem Sonrası Ağrı	4 (0-6)	2 (0-6)	**<0.001***

Not: Gruplar Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Veriler medyan (minimum-maksimum) olarak sunulmuştur.

***** $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

SS-25) ROBOTİK ADENOMEKTOMİNİN GÜVENLİĞİ VE KLİNİK ETKİNLİĞİ: ÇOK MERKEZLİ 'RUSEARCH' GRUBU SONUÇLARI

CEM BAŞATAÇ(1) BURAK ÇITAMAK(2) AHMET GÜRBÜZ(3) TÜNKUT DOĞANCA(4) BURAK ARGUN(5) ADNAN ŞİMŞİR(6) YAKUP KORDAN(3) ALİ TEKİN(2) BÜLENT ÖNAL(7) ALİ RIZA KURAL(8)

1. DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. ÖZEL ACIBADEM ATAKENT HASTANESİ
3. KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
4. özel acıbadem taksim hastanesi
5. özel acıbadem maslak hastanesi
6. özel bazekol sağlık grubu
7. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
8. ÖZEL ACIBADEM MASLAK HASTANESİ

AMAÇ

Biz bu çalışmada çok merkezli “RUSearch veritabanını” kullanarak benign prostat hiperplazisi (BPH) tedavisinde robotik adenomektominin (RAPA) klinik etkinliği ve güvenilirliğini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Aralık 2014 ve Ocak 2025 tarihlerinde BPH sbebeiyle RAPA yapılanan 129 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri ile operatif sonuçları retrospektif olarak analiz edildi. Postoperatif komplikasyonlar Clavien-Dindo sistemine göre kaydedildi. Fonksiyonel başarı için preoperatif ve postoperatif Qmax, Qav ve PVR değerleri karşılaştırıldı. Cerrahi başarı, postoperatif Qmax değerinin > 15 mL/sn olması olarak tanımlandı.

BULGULAR

Preoperatif ortalama prostat volümü 168.5±44 cc idi. Ortalama operasyon süresi 142.5 dk, tahmini kanama 115 mL idi. Postoperatif Qmax (9.8'den 24.5 mL/sn'ye) ve PVR (145.3'ten 28.4 mL'ye) anlamlı şekilde iyileşti ($p<0.001$). PSA değerlerinde %83.5'lik düşüş izlenirken, enükle edilen doku yüzdesi %73.7 olarak saptandı. Cerrahi başarı oranı %97.6 olarak gerçekleşirken, majör komplikasyon (Clavien III ve üzeri) yalnızca 5 hastada (%3.7) izlendi.

SONUÇ

RAPA, BPH tedavisinde üstün fonksiyonel iyileşme, yüksek doku enükleasyon oranı ve düşük morbidite ile güvenli ve etkili bir cerrahi yöntemdir.

Tablo 1. Operatif sonuçlar

Değişkenler	Değerler (n = 129)
Operasyon Süresi (dk), Ortalama ± SS	142.5 ± 28.4
Tahmini Kanama Miktarı (mL), Ortalama ± SS	115.0 ± 62.1
Peroperatif Komplikasyon, n (%)	
- *Yok*	126 (%97.7)
- *Var*	3 (%2.3)
Postoperatif Komplikasyonlar (Clavien-Dindo), n (%)	
- *Komplikasyon Yok (Grade 0)*	111 (%86)
- *Grade I*	8 (%6.2)
- *Grade II*	6 (%4.6)
- *Grade IIIa*	2 (%1.5)
- *Grade IIIb*	2 (%1.5)
- *Grade IVa*	1 (%0.7)
Dren Kalış Süresi (gün), Ortalama ± SS	2.4 ± 0.8
Sonda Kalış Süresi (gün), Ortalama ± SS	6.2 ± 2.9
Hastanede Kalış Süresi (gün), Ortalama ± SS	4.1 ± 1.3

Tablo 2. Fonksiyonel sonuçlar

Parametreler	Ameliyat Öncesi	Ameliyat Sonrası	Değişim / Oran	p
Qmax (mL/sn), Ortalama ± SS	9.8 ± 4.2	24.5 ± 5.3	+14.7 mL/sn	**<0.001**
Qav (Qort, mL/sn), Ortalama ± SS	*5.3 ± 2.1*	12.8 ± 3.4	+7.5 mL/sn	**<0.001**
PVR (mL), Ortalama ± SS	145.3 ± 138.6	28.4 ± 15.2	-116.9 mL	**<0.001**
Serum PSA (ng/mL), Medyan (IQR)	7.3 (4.9 - 11.3)	1.2 (0.5 - 1.9)	-%83.5 Azalma	**<0.001**
Doku Takibi (Volüm vs. Ağırlık)				
Prostat Volümü (cc) / Spesimen Ağırlığı (gr)	168.5 ± 44.2 (cc)	124.2 ± 32.8 (gr)	**Enükle Edilen Yüzde: %73.7**	**<0.001**

Tablo 3. RAPA Postoperatif Komplikasyonların Detaylı Dağılımı ve Fonksiyonel Başarı Oranları

Parametreler ve Komplikasyon Detayları (Clavien-Dindo)	Hasta Sayısı (n = 129)	Yüzde (%)
Fonksiyonel Sonuçlar ve Başarı Oranları		
- Cerrahi Başarı Oranı	126	%97.6
- Geçici İnkontinans (Sonda sonrası erken dönem)	5	%3.8
Postoperatif Komplikasyonların Detaylı Kırılımı		
Grade I	**8**	**%6.2**
- Akut ÜrinerRetansiyon (Yatak başı yeniden kateterizasyon)	5	%3.8
- Geçici Hematüri (Yatak başı mesane lavajı gerektiren)	3	%2.3
Grade II	**6**	**%4.6**
- PostoperatifOrşit (Parenteral/IV antibiyotik tedavisi)	2	%1.5
- Uzamış İleus (Medikal/Prokinetik tedavi desteği)	3	%2.3
- Postoperatif Anemi (Kan Transfüzyonu / ES)	1	%0.7
Grade IIIa	**2**	**%1.5**
- Erken Dönem Üretra Darlığı (Poliklinik şartlarında dilatasyon)	2	%1.5
Grade IIIb	**2**	**%1.5**
- Persiste Pıhtı Retansiyonu (Ameliyathanede endoskopik tahliye/koterizasyon)	1	%0.7
- Geç Dönem Üretra Darlığı (Ameliyathanede DVIU)	1	%0.7
Grade IVa	**1**	**%1.1**
- Ürosepsis (Hiperglisemi ve bilinç bulanıklığı ile seyreden YBÜ takibi)	1	%1.1

SS-26) BÜYÜK HACİMLİ (>100 G) BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİ CERRAHİSİNDE ROBOTİK ADENOMEKTOMİ VE LAZER PROSTATEKTOMİNİN PERİOPERATİF SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI: RUSEARCH ÇOK MERKEZLİ ÇALIŞMA GRUBU VERİLERİ

CEM BAŞATAÇ(1) AHMET GÜRBÜZ(2) BURAK ÇITAMAK(3) FEYYAZ IRMAK(4) TÜNKUT DOĞANCA(5) ÖMER BURAK ARGUN(6) ADNAN ŞİMŞİR(7) YAKUP KORDAN(2) ALİ TEKİN(3) ALİ RIZA KURAL(6) BÜLENT ÖNAL(4)

1. DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
3. ÖZEL ACIBADEM ATAKENT HASTANESİ
4. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
5. özel acıbadem taksim hastanesi
6. ÖZEL ACIBADEM MASLAK HASTANESİ
7. ÖZEL BAZEKOL SAĞLIK GRUBU

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı 100 gram ve üzeri prostat hacmine sahip BPH hastalarının tedavisinde uygulanan robotik adenomektomi (RAPA) ile lazer prostatektomi yöntemlerinin perioperatif ve erken dönem fonksiyonel sonuçlarını karşılaştırmalı olarak değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Çok merkezli RUSearch veritabanında yer alan ve prostat hacmi ?100 gram olan toplam 142 hastanın (67 RAPA, 75 Lazer Prostatektomi) verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri (yaş, vücut kitle indeksi [VKİ], ASA skoru), perioperatif verileri (operasyon süresi, tahmini kan kaybı, spesimen ağırlığı, hastanede ve sondalı kalış süreleri) ve erken dönem fonksiyonel sonuçları (Qmax, PVR, PSA düşüş yüzdesi, doku çıkarım oranı) gruplar arasında istatistiksel olarak karşılaştırıldı. İntraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar sırasıyla CLASSIC ve Clavien-Dindo sistemlerine göre evrelendirildi.

BULGULAR

Gruplar arasında yaş (69.9 vs. 69.4 yıl, p=0.676) ve VKİ açısından anlamlı fark saptanmadı. Preoperatif prostat hacmi (171.6±45.9 g vs. 133.8±33.0 g, p<0.001) ve ASA 3 skorlu hasta oranı (%25.4 vs. %12.0, p=0.029) RAPA grubunda anlamlı olarak daha yüksekti. Lazer prostatektomi grubunda operasyon süresi (114.6 vs. 138.8 dk, p=0.001), tahmini kan kaybı (20.4 vs. 235.5 mL, p<0.001), sonda kalış süresi (3.6 vs. 8.2 gün, p<0.001) ve hastanede kalış süresinin (1.6 vs. 4.6 gün, p<0.001) RAPA grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görüldü. Çıkarılan spesimen ağırlığı RAPA grubunda daha fazla (113.5 vs. 90.0 g, p=0.002) saptanmakla birlikte; preoperatif hacme oranlandığında doku çıkarım yüzdesi (RAPA: %64.9, Lazer: %67.9, p=0.379) ve PSA düşüş yüzdesi (RAPA: %87.3, Lazer: %82.1, p=0.486) her iki grupta da benzer yüksek etkinlikte bulundu. Postoperatif Qmax değerleri (21.3 vs. 20.8 mL/s, p=0.728) benzer ölçüde iyileşirken, postoperatif rezidü idrar lazer grubunda daha düşük saptandı (18.8 vs. 32.6 mL, p=0.014). Genel postoperatif komplikasyon oranları açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi (RAPA: %9.2, Lazer: %6.9, p=0.541).

SONUÇ

Büyük hacimli (?100 g) prostatların cerrahi tedavisinde hem RAPA hem de lazer prostatektomi; doku çıkarım oranları, PSA düşüşü ve postoperatif işeme parametrelerindeki belirgin iyileşme ile etkili ve güvenilir yöntemlerdir. Bununla birlikte, lazer prostatektomi; minimum kan kaybı, daha kısa operasyon süresi ve belirgin ölçüde daha hızlı derlenme sunarak büyük BPH olgularında yüksek morbidite profiline sahip hastalarda öne çıkan minimal invaziv bir alternatiftir. RAPA ise anestezi riski daha yüksek ve volümü devasa boyutlardaki hastalarda dahi güvenle majör doku ablasyonu sağlayabilmektedir.

SS-27) ALT ÜRİNER SİSTEM DİSFONKSİYONUNA SEKONDER KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARDA RENAL TRANSPLANTASYON SONUÇLARI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

DURMUŞ ALPTUĞ COŞAR(1) RABİA HIZARCI BAL(1) ALI CANSU BOZACI(1) HASAN SERKAN DOGAN(1) FAZIL TUNCAY AKİ(1) SERDAR TEKGUL(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Alt üriner sistem disfonksiyonu (AÜSD), çocukluk çağı kronik böbrek yetmezliğinin (KBY) önemli nedenlerinden biridir. Bu hasta grubunda yapılacak renal transplantasyon (RTx), transplant öncesi mesane durumunun titizlikle değerlendirilmesini ve kişiselleştirilmiş ürolojik yönetimi gerektirir. Bu çalışmada, çocukluk çağı AÜSD'sine sekonder gelişen KBY nedeniyle RTx uygulanan hastaların postoperatif dönemde enfeksiyon sıklığı, greft sağkalımı ve uzun dönem komplikasyon/mortalite yönünden tek merkez deneyimini sunmak amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Hacettepe Üniversitesi'nde çocukluk çağındaki AÜSD'ye bağlı gelişen KBY nedeniyle RTx yapılan 52 hasta (yaş aralığı 3-58, ortalama 18,8 yıl) retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların 34'üne canlı donörden, 18'ine ise kadavradan böbrek nakli yapıldı. Ortalama takip süresi 110 aydı (34–264 ay). Elde edilen sonuçlar; ürolojik olmayan nedenlerle KBY olan, benzer yaş, cinsiyet ve takip süresine sahip 52 RTx hastasından oluşan kontrol grubuyla karşılaştırıldı. AÜSD kohortu kendi içinde de mesane augmentasyonu yapılan (n=23) ve yapılmayan (n=29) alt gruplar olarak analiz edildi.

BULGULAR

AÜSD grubunda en sık KBY nedenleri nörojen mesane (%59,6; n=31) ve posterior üretral valv (%36,5; n=19) olarak saptandı. Transplant öncesi dönemde 23 hastaya (%44,2) mesane augmentasyonu (AC) uygulanmıştı. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, AÜSD grubunda hastaneye yatış gerektiren üriner sistem enfeksiyonu (ÜSE) hızı anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.001$). AÜSD kohortu içinde ise febril ÜSE oranları augmentasyon yapılan grupta, yapılmayan gruba göre anlamlı ölçüde daha yüksekti ($p=0.026$). AÜSD grubunda evre 4 hidronefroz sıklığı kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek izlendi ($p=0.03$). Toplam graft kaybı Kaplan-Meier analizine göre yapıldı ve iki grup arasında graft sağkalımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0.307$). Benzer şekilde, AÜSD grubu içinde de augmentasyon yapılan ve yapılmayan hastalar arasında graft kaybı oranları açısından anlamlı fark yoktu (p=NS). Multivaryant Cox regresyon analizinde, graft kaybı için bağımsız tek risk faktörünün akut rejeksiyon öyküsü olduğu belirlendi ($p=0.021$, OR=2.8).

SONUÇ

AÜSD'ye sekonder gelişen KBY'li çocuklarda renal transplantasyon, yüksek enfeksiyon riski ve post-transplant hidronefroz oranlarına rağmen kabul edilebilir uzun dönem graft sağkalımı ile güvenle uygulanabilir bir yöntemdir. Mesane augmentasyonu febril ÜSE riskini artırmakla birlikte uzun dönem graft sağkalımını olumsuz etkilememektedir. Bu riskli popülasyonda başarılı sonuçlar elde etmek için titiz bir transplantasyon öncesi ürodinamik değerlendirme, anti-reflü anastomoz teknikleri, temiz aralıklı kateterizasyon (TAK) uyumu ve özellikle enterosistoplasti yapılan hastalarda ömür boyu malignite sürveyansı kritik öneme sahiptir.

SS-28) AKTİF İZLEM ADAYLARINDA ADVERS NİHAİ PATOLOJİYİ ÖNGÖREN KLİNİK VE GÖRÜNTÜLEME BULGULARI: ROBOT YARDIMLI RADİKAL PROSTATEKTOMİ KOHORTUNDAN RETROSPEKTİF ANALİZ-RUSEARCH ÇALIŞMA GRUBU

MUHAMMET DEMİRBİLEK(1) KADİR CAN ŞAHİN(2) TÜNKUT DOĞANCA(3) AHMET GÜRBÜZ(4) BURAK ÇITAMAK(5) GÖKTUĞ KALENDER(6) MUSTAFA BİLAL TUNA(3) BURAK ARGUN(3) YAKUP KORDAN(4) ALİ TEKİN(5) BÜLENT ÖNAL(7) ALİ RIZA KURAL(3)

1. SİLVAN DR. YUSUF AZİZOĞLU DEVLET HASTANESİ
2. BAYRAMPAŞA DEVLET HASTANESİ
3. ÖZEL ACIBADEM MASLAK HASTANESİ
4. KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
5. ÖZEL ACIBADEM ATAKENT HASTANESİ
6. BEYKOZ DEVLET HASTANESİ
7. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Aktif izlem (AS), düşük riskli prostat kanserinde kabul gören bir yaklaşımıdır. Ancak bazı hastalarda radikal prostatektomi spesimeninde advers patolojik özellikler saptanabilmektedir. Bu çalışmada, AS adaylarında advers nihai patolojiyi öngören klinik, biyopsi ve multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme (mpMR) bulgularının değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

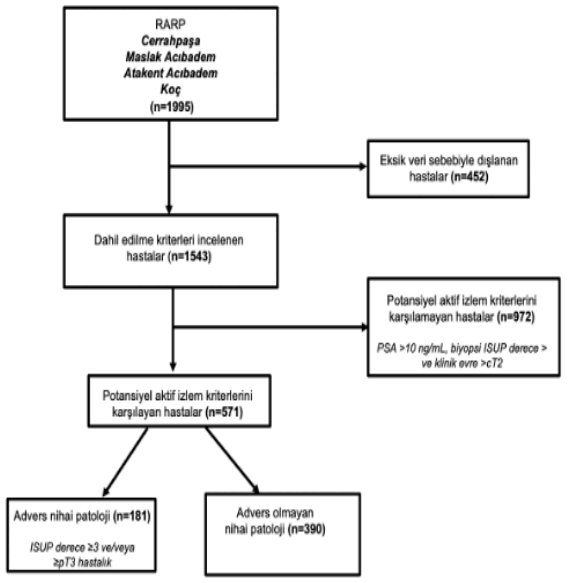
Robot yardımlı radikal prostatektomi uygulanan 1543 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. AS kriterlerini (PSA ? 10 ng/mL, biyopsi ISUP derece ? 2 ve klinik evre ? cT2) karşılayan 571 hasta çalışmaya dahil edildi. Advers nihai patoloji, radikal prostatektomi spesimeninde ISUP derece ?3 ve/veya ?pT3 hastalık varlığı olarak tanımlandı. Advers ve non-advers patoloji grupları klinikopatolojik özellikler açısından karşılaştırıldı. Bağımsız öngörücüleri belirlemek amacıyla tek ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri gerçekleştirildi. Model performansı ROC eğrisi analizi ile değerlendirildi.

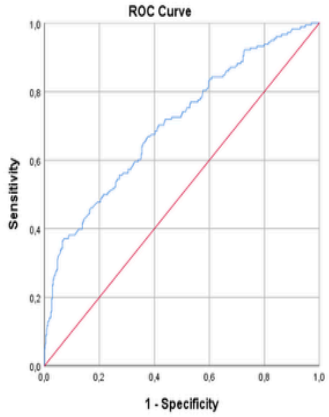
BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 571 hastanın 181'inde (%31,7) advers nihai patoloji saptandı. Advers patoloji grubunda PSA düzeyi, PSA dansitesi (PSAD), PI-RADS skoru ve biyopsi ISUP derecesi anlamlı olarak daha yüksekti (tümü p<0,01). Çok Mdeğişkenli lojistik regresyon analizinde PSAD (OR: 62,16; %95 GA: 2,45–1576,31; p=0,012), PI-RADS 4–5 lezyonu (OR: 3,60; %95 GA: 2,35–5,54; p<0,001) ve biyopsi ISUP derece 2 varlığı (OR: 2,30; %95 GA: 1,55–3,42; p<0,001) advers nihai patolojinin bağımsız öngörücüleri olarak belirlendi. PSAD'nin tek başına ayırt edici gücü sınırlıydı (AUC=0,609). Buna karşın çok değişkenli model ROC analizinde AUC=0,705 (%95 GA: 0,658–0,752) ile kabul edilebilir ayırt edici performans gösterdi. Youden indeksine göre optimal olasılık eşik değeri 0,328 olup duyarlılık %64,6 ve özgüllük %64,3 olarak bulundu.

SONUÇ

Yüksek PSAD, PI-RADS 4–5 lezyonu ve biyopsi ISUP derece 2 varlığı, potansiyel AS adaylarında advers nihai patolojinin bağımsız öngörücüleridir. Bu parametrelerin birlikte değerlendirilmesi, aktif izleme uygun hasta seçimine katkı sağlayabilir.





Figür 1. PSAD, PI-RADS skoru ve biyopsi ISUP derecesini içeren çok değişkenli lojistik regresyon modelinin advers nihai patolojiyi öngörmedeki ROC eğrisi. AUC=0,705 (%95 GA: 0,658–0,752); optimal olasılık eşik değeri=0,328; duyarlılık=%64,6; özgüllük=%64,3.

Tablo 1. Tüm kohort ile potansiyel aktif izlem adaylarının klinikopatolojik özellikleri

	Tüm kohort (n=1543)	Potansiyel aktif izlem adayları (n=571)
Yaş, yıl	64 (59-69)	61 (57-68)
Total PSA, ng/mL	6.6 (4.5-9.7)	5.6 (4-7.3)
Prostat hacmi, mL	48 (38-60)	45 (35-56)
PSAD	0.140 (0.091- 0.211)	0.114 (0.08-0.169)
PI-RADS		
2	142 (9.2)	101 (17.7)
3	223 (14.5)	124 (21.7)
4	746 (48.3)	280 (49)
5	432 (28)	66 (11.6)
Biyopsi kor sayısı	12 (12 -13)	12 (12 -13)
Pozitif kor sayısı	4 (3-7)	3 (2-4)
Biyopsi tümör yüzdesi	35.7 (23.1-53.8)	33.3 (23.1-50)
Biyopsi ISUP derecesi		
1	406 (26.3)	253 (44.3)
2	586 (38)	318 (55.7)
3	313 (20.3)	-
4	156 (10.1)	-
5	82 (5.3)	-

Not: Veriler medyan (çeyrekler arası aralık) veya sayı (%) olarak sunulmuştur. PSA: Prostat Spesifik Antijen; PSAD: Prostat Spesifik Antijen Dansitesi; ISUP: Uluslararası Ürolojik Patoloji Derneği; PI-RADS: Prostate Imaging Reporting and Data System.

Tablo 2. Potansiyel aktif izlem adaylarında advers nihai patoloji saptanan ve saptanmayan grupların klinikopatolojik özellikleri

	Advers nihai patoloji (n=181)	Non-advers nihai patoloji (n=390)	p değeri
Yaş, yıl	62.5 (58- 69)	61 (56-67.5)	0.287
PSA, ng/mL	6.5 (4.5-7.7)	5.5 (3.8-7)	**0.006**
Prostat hacmi, mL	45 (33.5-55.7)	45 (34.5-56.5)	**0.018**
PSAD	0.153 (0.088-0.190)	0.110 (0.80-0.162)	**<0.001**
PI-RADS			
2	17 (9.3)	84 (21.5)	
3	23 (12.7)	100 (25.6)	**<0.001**
4	92 (50.8)	188 (48.2)	
5	48 (26.5)	18 (4.6)	
Biyopsi tümör yüzdesi	40.2 (24.5-50.7)	33.3 (23.1-52)	0.476
Biyopsi ISUP derecesi			
1	55 (30.3)	198 (50.7)	**<0.001**
2	126 (69.6)	192 (49.3)	

Not: Veriler medyan (çeyrekler arası aralık) veya sayı (%) olarak sunulmuştur. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann–Whitney U testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. PSA: Prostat Spesifik Antijen; PSAD: Prostat Spesifik Antijen Dansitesi; ISUP: Uluslararası Ürolojik Patoloji Derneği; PI-RADS: Prostate Imaging Reporting and Data System.

Tablo 3. Nihai advers patolojiyi öngören faktörlere ilişkin tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri

		Univariate			Multivariate	
Variable	**OR**	**95% GA**	**p değeri**	**OR**	**95% GA**	**p değeri**
PSA, ng/mL	1.133	1.035-1.240	**0.007**	-	-	-
PSAD	125.110	9.409-1663.613	**<0.001**	62.163	2.451-1576.314	**0.012**
PI-RADS (2/3 vs. 4/5)	3.050	2.043-4.554	**<0.001**	3.604	2.346-5.536	**<0.001**
Biyopsi ISUP derecesi (1 vs. 2)	2.362	1.626-3.433	**<0.001**	2.304	1.551-3.424	**<0.001**

Not: OR: Olasılık oranı (Odds Ratio); %95 GA: %95 güven aralığı; PSAD: Prostat Spesifik Antijen Dansitesi; ISUP: Uluslararası Ürolojik Patoloji Derneği; SUVmax: Maksimum Standart Tutulum Değeri. Çok değişkenli modele tek değişkenli analizde anlamlı bulunan ve klinik açıdan önemli olduğu düşünülen değişkenler dahil edilmiştir.

SS-29) ROBOT YARDIMLI RADİKAL PROSTATEKTOMİ YAPILAN HASTALARDA LOKAL İLERİ HASTALIĞIN ÖNGÖRÜLMESİNDE PATOLOJİ VE GÖRÜNTÜLEME BULGULARININ ROLÜ-RUSEARCH ÇALIŞMA GRUBU

MUHAMMET DEMİRBİLEK(1) MUSTAFA MACİT(2) AHMET GÜRBÜZ(3) BURAK ÇITAMAK(4) KADİR CAN SAHİN(5) ALİ TEKİN(4) YAKUP KORDAN(3) BÜLENT ÖNAL(2)

1. SİLVAN DR. YUSUF AZİZOĞLU DEVLET HASTANESİ
2. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
3. KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
4. ÖZEL ACIBADEM ATAKENT HASTANESİ
5. BAYRAMPAŞA DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Robot yardımlı radikal prostatektomi (RARP) öncesinde lokal ileri hastalığın (?pT3) öngörülmesi nihai tedavi açısından önemlidir. Bu çalışmada, preoperatif klinik değişkenlerin ?pT3 hastalığı öngörmedeki performansının değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

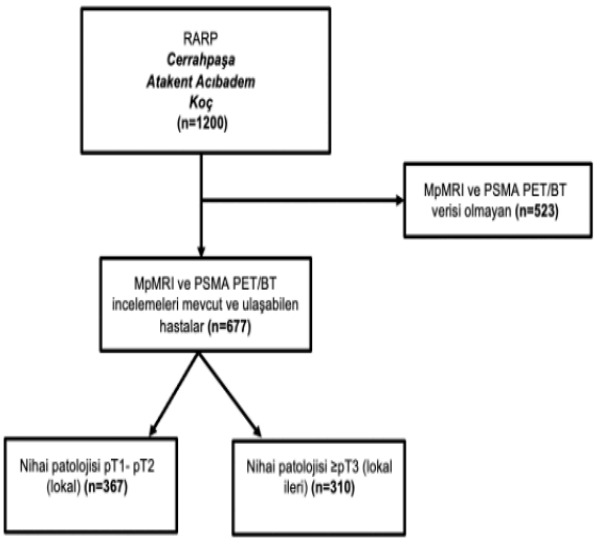
RARP uygulanan 677 prostat kanserli hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar nihai patoloji sonucuna göre lokal hastalık (pT1–pT2, n=367) ve lokal ileri hastalık (?pT3, n=310) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Lokal ileri hastalığı öngören faktörler tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri ile değerlendirildi. Modelin ayırt edici performansı ROC eğrisi analizi ile incelendi.

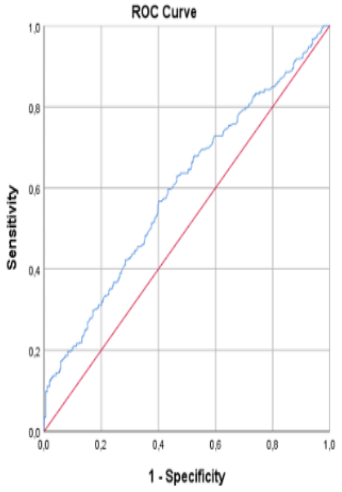
BULGULAR

Toplam 677 hastanın %45,8'inde ?pT3 hastalık saptandı. ?pT3 grubunda yaş (65 vs. 64 yıl, p=0,013), PSA (10,1 vs. 7,0 ng/mL, p<0,001), PSAD (0,248 vs. 0,148 ng/mL/cm³, p<0,001), pozitif biyopsi kor sayısı (5 vs. 4, p<0,001), biyopsi ISUP derecesi (p<0,001) ve intraprostatik PSMA PET/BT SUVmax değeri (6,7 vs. 5,1; p<0,001) anlamlı olarak daha yüksekti. Çok değişkenli analizde yaş (OR: 1,083; p=0,006), PSAD (OR: 14,380; p=0,008), biyopsi tümör yüzdesi (OR: 1,037; p<0,001) ve biyopsi ISUP derecesi (OR: 3,246; p=0,004) bağımsız öngörücüler olarak saptandı. Çok değişkenli model ROC analizinde AUC 0,887 (%95 GA: 0,838–0,937) ile yüksek ayırt edici performans gösterdi. Youden indeksine göre optimal olasılık eşik değeri 0,469 olup duyarlılık %83,1, özgüllük ise %82,9 olarak bulundu.

SONUÇ

PSAD, biyopsi tümör yüzdesi ve biyopsi ISUP derecesi, robot yardımlı radikal prostatektomi öncesinde lokal ileri hastalığın bağımsız öngörücüleridir. Preoperatif klinik, biyopsi ve görüntüleme verilerinin entegrasyonu, risk sınıflandırılmasına ve cerrahi planlamaya katkı sağlayabilir.





Figür 1. Yaş, PSA dansitesi, biyopsi tümör yüzdesi ve biyopsi ISUP derecesini içeren çok değişkenli lojistik regresyon modelinin organ sınırlı olmayan hastalığı (≥pT3) öngörmedeki ROC eğrisi. AUC=0.887 (%95 GA: 0.838–0.937); optimal olasılık eşik değeri=0.469; duyarlılık=%83.1; özgüllük=%82.9.

Tablo 1. Nihai patoloji sonucuna göre hastaların klinik, biyokimyasal, biyopsi ve görüntüleme özelliklerinin karşılaştırılması

	Kohort (n=677)	pT1-pT2 (n=367)	≥pT3 (n=310)	p değeri
Yaş, yıl	64 (59- 69)	64 (57- 69)	65 (60- 71)	**0.013**
Total PSA, ng/mL	7.7 (5.6- 11.7)	7 (5- 10.1)	10.1 (6.2- 17.2)	**<0.001**
Prostat hacmi, mL	45 (34- 60)	45 (34- 66)	45 (33- 54)	0.118
PSAD	0.181 (0.117- 0.304)	0.148 (0.105- 0.265)	0.248 (0.147- 0.443)	**<0.001**
PI-RADS				
2	34 (5)	25 (6.8)	9 (2.9)	
3	96 (14.1)	71 (19.3)	25 (8.1)	**<0.001**
4	337 (49.7)	215 (58.5)	122 (39.3)	
5	210 (31.1)	56 (15.2)	154 (49.6)	
Biyopsi kor sayısı	13 (11-14)	13 (11- 15)	13 (12- 14)	0.759
Pozitif kor sayısı	4 (3-6)	4 (3- 6)	5 (4- 7)	**<0.001**
Biyopsi tümör yüzdesi	41.6 (25-65.4)	38.4 (23-66.6)	43.6 (33.3- 61.5)	**<0.001**
Biyopsi ISUP derecesi				
1	99 (14.6)	94 (25.6)	9 (2.9)	
2	331 (48.8)	210 (57.2)	121 (39)	
3	150 (22.1)	43 (11.7)	107 (34.5)	**<0.001**
4	41 (6)	16 (43.5)	25 (8.1)	
5	52 (7.6)	4 (10.8)	48 (15.4)	
İntraprostatik PSMA PET/BT SUVmax	5.6 (3.7-8.2)	5.1 (3.5- 7.3)	6.7 (3.9- 10.2)	**<0.001**

Not: Veriler medyan (çeyrekler arası aralık) veya sayı (%) olarak sunulmuştur. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann–Whitney U testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare veya Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. PSA: Prostat Spesifik Antijen; PSAD: Prostat Spesifik Antijen Dansitesi; ISUP: Uluslararası Ürolojik Patoloji Derneği; PI-RADS: Prostate Imaging Reporting and Data System; SUVmax: Maksimum Standart Tutulum Değeri.

Tablo 2. Organ sınırlı olmayan hastalığı (≥pT3) öngören faktörlere ilişkin tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri

	Univariate			Multivariate		
Variable	**OR**	**95% GA**	**p değeri**	**OR**	**95% GA**	**p değeri**
Yaş, yıl	1.041	1.010-1.074	**0.010**	1.083	1.023-1.146	**0.006**
Total PSA, ng/mL	1.074	1.045-1.102	**<0.001**	-	-	-
PSAD	8.824	3.579-21.755	**<0.001**	14.380	1.976-104.662	**0.008**
PI-RADS (2/3 vs. 4/5)	2.876	1.879-4.401	**<0.001**	0.861	0.324-2.287	0.764
Biyopsi tümör yüzdesi	1.015	1.008-1.022	**<0.001**	1.037	1.019-1.055	**<0.001**
Biyopsi ISUP derecesi (1/2 vs. 3/4/5)	2.685	1.942-3.711	**<0.001**	3.246	1.456-7.238	**0.004**
İntraprostatik PSMA PET/BT SUVmax	1.048	1.021-1.077	**0.001**	0.996	0.954-1.040	0.863

Not: OR: Olasılık oranı (Odds Ratio); %95 GA: %95 güven aralığı; PSAD: Prostat Spesifik Antijen Dansitesi; ISUP: Uluslararası Ürolojik Patoloji Derneği; SUVmax: Maksimum Standart Tutulum Değeri. Çok değişkenli modele tek değişkenli analizde anlamlı bulunan ve klinik açıdan önemli olduğu düşünülen değişkenler dahil edilmiştir.

SS-30) PARSİYEL NEFREKTOMİ UYGULANAN HASTALARDA VÜCUT KİTLE İNDEKSİNİN TÜMÖR BOYUTU, FUHRMAN DERECESİ VE TÜMÖR TARAFI İLE İLİŞKİSİ: TEK MERKEZLİ RETROSPEKTİF ANALİZ

MERVE SAFA ERGUN(1) NEJDET KARŞIYAKALI(1) MAHİR BÜLENT ÖZGEN(2) BORA ÖZVEREN(1) LEVENT TÜRKERİ(1)

1. ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. ACIBADEM ALTUNİZADE HASTANESİ

AMAÇ

Obezitenin renal hücreli karsinom gelişimiyle ilişkili olduğu bilinmekle birlikte, vücut kitle indeksinin renal tümörlerin patolojik özellikleri ve anatomik yerleşimiyle ilişkisi net değildir. Bu çalışmada, parsiyel nefrektomi uygulanan hastalarda vücut kitle indeksi ile tümör boyutu, Fuhrman derecesi ve tümörün sağ veya sol böbrekte yerleşimi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Merkezimizde 2011-2026 yılları arasında renal kitle nedeniyle parsiyel nefrektomi uygulanan 202 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların vücut kitle indeksi, tümör boyutu, Fuhrman derecesi, tümör tarafı ve cinsiyet bilgileri kaydedildi. Fuhrman derece 1–2 tümörler düşük derece, derece 3–4 tümörler yüksek derece olarak sınıflandırıldı.

Vücut kitle indeksi (VKİ) ile tümör boyutu arasındaki ilişki Spearman korelasyon ile; düşük ve yüksek Fuhrman derece gruplarının VKİ'leri Mann–Whitney U testiyle; sağ ve sol taraf tümörü bulunan hastaların VKİ'leri bağımsız örneklem t-testiyle karşılaştırıldı. Tümör tarafı ile VKİ arasındaki ilişki ayrıca cinsiyete göre düzeltilmiş genel doğrusal model ile değerlendirildi. Taraf ve cinsiyet arasındaki etkileşim modele ayrıca eklendi. (Anlamlılık sınırı $p<0,05$)

BULGULAR

Toplam 202 hastanın 175'inde VKİ, 196'sında tümör boyutu ve 143'ünde Fuhrman derece bilgisi mevcuttu. VKİ bilgisi bulunan hastaların ortalama VKİ'leri 28,03±4,62 kg/m² idi.

VKİ ve tümör boyutu birlikte değerlendirilebilen 169 hastada, VKİ ile tümör boyutu arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (Spearman ?=0,062; p=0,424).

Fuhrman derece bilgisi bulunan hastaların 126'sında (%88,1) düşük, 17'sinde (%11,9) yüksek dereceli tümör mevcuttu. Hem Fuhrman derece hem de VKİ bilgisi bulunan hastalar değerlendirildiğinde, düşük dereceli tümörü bulunan hastaların medyan VKİ'si 28,40 kg/m² (çeyrekler arası aralık: 5,70), yüksek dereceli tümörü bulunan hastaların ise 25,35 kg/m² (çeyrekler arası aralık: 8,70) idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Mann–Whitney U=710,5; p=0,676).

Sağ taraf tümörü bulunan hastaların ortalama VKİ'si 28,82±4,63 kg/m², sol taraf tümörü bulunanların ise 27,18±4,49 kg/m² idi. Sağ taraf tümörü bulunan hastalarda VKİ anlamlı olarak daha yüksekti (ortalama fark: 1,65 kg/m²; %95 güven aralığı: 0,29–3,01; p=0,018).

Cinsiyete göre düzeltilmiş analizde de sağ taraf tümörü bulunan hastaların tahmini ortalama VKİ'si 28,74 kg/m², sol taraf tümörü bulunanların ise 27,13 kg/m² olarak bulundu. Düzeltilmiş ortalama fark 1,61 kg/m² idi ve istatistiksel olarak anlamlıydı (%95 güven aralığı: 0,25–2,96; F=5,471; p=0,020; parsiyel ?²=0,031). Tümör tarafı ile cinsiyet arasındaki etkileşim anlamlı değildi (p=0,115).

SONUÇ

Parsiyel nefrektomi uygulanan hastalarda VKİ ile tümör boyutu veya Fuhrman derecesi arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Buna karşılık, sağ taraf renal tümörü bulunan hastaların VKİ'si sol taraf tümörü bulunan hastalardan daha yüksek olduğu görüldü ve bu ilişki cinsiyete göre düzeltme sonrasında da devam etti. Bununla birlikte, saptanan farkın etki büyüklüğü düşük olup, tümör tarafına ilişkin bulgu keşifsel nitelikte değerlendirilmelidir. Bu ilişkinin klinik ve biyolojik öneminin belirlenebilmesi için daha geniş, çok merkezli ve olası karıştırıcı değişkenleri içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Değerlendirilen ilişki	Tanımlayıcı sonuçlar	İstatistiksel analiz	p değeri
VKİ–tümör boyutu	Birlikte değerlendirilen hasta sayısı: n=169	Spearman ?=0,062	0,424
VKİ–Fuhrman derecesi	Düşük derece: n=109, medyan VKİ 28,40 kg/m² (ÇAA: 5,70) | Yüksek derece: n=14, medyan VKİ 25,35 kg/m² (ÇAA: 8,70)	Mann–Whitney U=710,5; Z=-0,418	0,676
VKİ–tümör tarafı	Sağ: n=91, 28,82±4,63 kg/m² | Sol: n=84, 27,18±4,49 kg/m²	t(173)=2,389; ortalama fark=1,65 kg/m² (%95 GA: 0,29–3,01)	0,018
VKİ–tümör tarafı, cinsiyete göre düzeltilmiş	Düzeltilmiş ortalama VKİ: Sağ 28,74 kg/m²; Sol 27,13 kg/m²	F(1,172)=5,471; fark=1,61 kg/m² (%95 GA: 0,25–2,96); parsiyel ?²=0,031	0,020

Vücut kitle indeksinin tümör özellikleriyle ilişkisi

SS-31) RAT PEYRONİE MODELİNDE İNTRALEZYONER AMNİYON SIVISI ENJEKSİYONUNUN ETKİSİ

FEYYAZ IRMAK(1) KADİR CAN SAHİN(2) SİNHARİB CİTGEZ(1) MEHMET HAMZA GÜLTEKİN(1) ÖZGE GÖKBAŞI(3) İCLAL GÜRSES(3) KADİR EMRE AKKUŞ(1) ÇİĞDEM GÜREL(4) HAMDİ ÖZKARA(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA - CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ABD
2. BAYRAMPAŞA DEVLET HASTANESİ ÜROLOJİ ABD
3. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA - CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ ABD
4. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA - CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ TIBBİ BİYOLOJİ ABD

AMAÇ

Bu çalışmada, rat Peyronie hastalığı modelinde intralezyoner sellülerize ve desellülerize amniyon sıvısı uygulamalarının antifibrotik etkinliğinin ve kısa dönem güvenliliğinin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Altı aydan büyük ve en az 450 g ağırlığındaki 24 erkek Wistar albino rat; kontrol, hastalık modeli, sellülerize amniyon sıvısı ve desellülerize amniyon sıvısı gruplarına randomize edildi. Hastalık modeli, 0,1 mL aktif rekombinant TGF-ß1 ile 0,1 mL %3 sodyum tetradesil sülfatın tek doz intratunikal enjeksiyonuyla oluşturuldu. Dört haftalık plak gelişimi sonrasında tedavi gruplarına tek doz intralezyoner sellülerize veya desellülerize amniyon sıvısı uygulandı. Sellülerize preparat enjeksiyon başına bir milyon CD117? amniyotik sıvı kök hücresi içerdi. Tedaviden üç hafta sonra yapay ereksiyon altında kurvatür ölçümü yapıldı; histopatolojik, immünohistokimyasal ve dijital morfometrik değerlendirmeler gerçekleştirildi.

BULGULAR

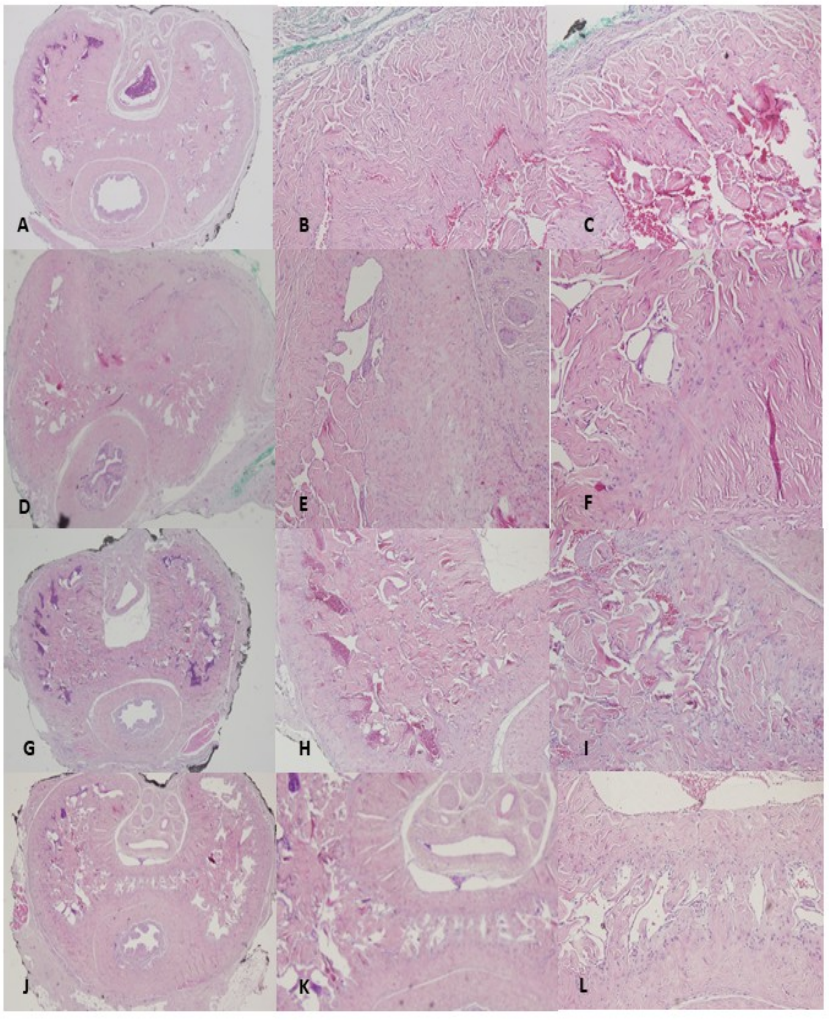
Toplam 23 rat deney protokolünü tamamladı. Desellülerize grupta medyan kurvatür 35°'den 27,5°'ye geriledi (p=0,046); sellülerize gruptaki 40°'den 32,5°'ye azalma anlamlı değildi (p=0,059). Fibrozis şiddeti gruplar arasında farklıydı (p=0,005); hastalık grubundaki tüm ratlarda şiddetli fibrozis bulunurken desellülerize grupta şiddetli fibrozis izlenmedi. Kavernozal fibrotik alan oranı hastalık, desellülerize ve sellülerize gruplarda sırasıyla %42,6, %10,2 ve %18,9 olarak hesaplandı (p=0,012). Tunika albuginea kalınlığı gruplar arasında farklılık gösterdi (p=0,049). Korpus kavernozumdaki düz kas kaybı sınırda anlamlıydı (p=0,050), kondroid diferansiyasyon ise tedavi gruplarında daha azdı (p=0,037). Testis, böbrek ve karaciğer dokularında toksisite bulgusu saptanmadı. Şekil 1: A. Kontrol grubu x4, B. Kontrol grubu x10, C. Kontrol grubu x20, D. Hastalık modeli grubu x4, E. Hastalık modeli grubu x10, F. Hastalık modeli grubu x20, G. Desellülerize amniyon grubu x4, H. Desellülerize amniyon grubu x10, I. Desellülerize amniyon grubu x20, J. Sellülerize amniyon grubu x4 K. Sellülerize amniyon grubu x10, L. Sellülerize amniyon grubu x20

SONUÇ

Sellülerize ve desellülerize amniyon sıvısı, deneysel Peyronie modelinde fibrozisi azalttı ve kavernozal yapıyı korudu. Desellülerize preparat daha tutarlı bir antifibrotik yanıt göstermekle birlikte üstünlüğünün doğrulanması için daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

-	Fibrozis	KK'da Düz Kas Kaybı	Kondroid Diferansiyasyon	Kemik Metaplazi / Ossifikasyon	Konjesyon	Ödem
Hastalık grubu	Yok: 0 - Hafif / Orta: 0 - Şiddetli: 5	Yok: 0 - Hafif / Orta: 1 Şiddetli: 4	Yok: 0 - Fokal: 3 - Diffüz: 2	Yok: 0 - Kemik Metaplazi: 2 - Ossifikasyon: 3	Yok: 3 - Hafif / Orta: 2 - Şiddetli: 0	Yok: 1 - Hafif / Orta: 1 - Şiddetli: 3
Desellülerize Amniyon	Yok: 4 - Hafif / Orta: 2 - Şiddetli: 0	Yok: 4 - Hafif / Orta: 2 - Şiddetli: 0	Yok: 5 - Fokal: 1 - Diffüz: 0	Yok: 5 - Kemik Metaplazi: 1 Ossifikasyon: 0	Yok: 1 - Hafif / Orta: 1 - Şiddetli: 4	Yok: 3 - Hafif - Orta: 1 - Şiddetli: 2
Sellülerize Amniyon	Yok: 2 Hafif / Orta: 3 - Şiddetli: 1	Yok: 2 - Hafif / Orta: 3 - Şiddetli: 1	Yok: 3 - Fokal: 3 - Diffüz: 0	Yok: 3 - Kemik Metaplazi: 2 - Ossifikasyon: 1	Yok: 2 - Hafif / Orta: 2 - Şiddetli: 4	Yok: 2 - Hafif / Orta: 3 - Şiddetli: 1

Histopatolojik değerlendirme kriterlerine göre çalışma gruplarının karşılaştırmalı analizi



SS-32) NON-NÖROJENİK ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLU ERKEKLERDE SEMPTOM ŞİDDETİ VE ÜROFLOVMETRİ PARAMETRELERİNİN BÖBREK FONKSİYONLARI İLE İLİŞKİSİ: PROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

GÜNAL ÖZGÜR(1) TÜRKER ALTUNTAŞ(2) HAMZA TUNAHAN MİDİLLİ(2) AHMET ÖZGÜR GÜÇTAŞ(1) MURAT KARS(1) TUFAN TARCAN(2) HAYDAR KAMİL ÇAM(2)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Benign prostat büyümesine (BPE) bağlı alt üriner sistem semptomlarının (LUTS) en ciddi komplikasyonlarından biri böbrek yetmezliğidir. Ancak erkeklerde LUTS ile böbrek fonksiyonu arasındaki ilişki hâlen net değildir. Bu prospektif çalışmada, LUTS'lu erkeklerde üroflowmetri parametreleri ve Uluslararası Prostat Semptom Skoru'nun (IPSS), glomerüler filtrasyon hızı (eGFR) ile ilişkisi değerlendirildi.

GEREÇ-YÖNTEM

Orta-şiddetli LUTS'u olan ?40 yaş erkek hastalar prospektif olarak dahil edildi. LUTS şiddeti IPSS ile değerlendirildi ve üroflowmetri parametreleri kaydedildi. Hastalar korunmuş (?90 mL/dk/1.73 m^2) veya azalmış (<90 mL/dk/1.73 m^2) eGFR'ye sahip hastalar diye iki gruba ayrıldı. Korelasyon, çok değişkenli lineer regresyon ve ROC analizleri gerçekleştirildi.

BULGULAR

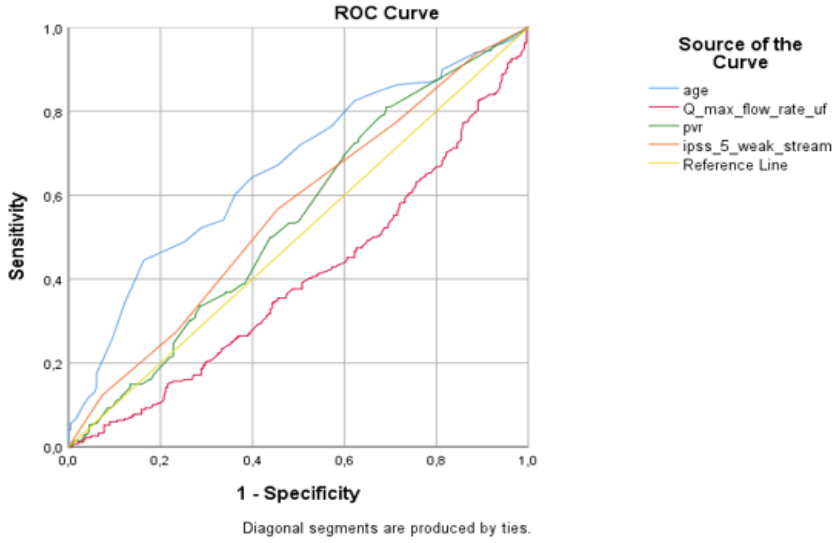
Toplam 515 erkek hasta çalışmaya dahil edildi ve bunların 268'inde (%52.0) böbrek fonksiyonu azalmıştı. Bu hastalar daha ileri yaşta olup hipertansiyon, diabetes mellitus ve koroner arter hastalığı (KAH) daha sık görülmekteydi ve daha düşük Qmax değerlerine sahipti. IPSS alt bileşenleri arasında yalnızca zayıf akım ve noktüri skorları bu grupta daha yüksekti. eGFR ile prostat hacmi, PSA ve Qmax arasında zayıf korelasyon saptanırken; eGFR/Qmax oranı, tek başına Qmax'e kıyasla daha güçlü bir korelasyon göstermedi. İleri yaş, KAH varlığı ve yüksek zayıf akım skoru (Qmax), düşük eGFR ile bağımsız olarak ilişkili bulundu. ROC analizinde azalmış eGFR için en yüksek ayırt edici güce yaş sahipti (AUC=0.662; kesim değeri ?60.5 yıl), Qmax ise ?12.4 mL/sn kesim değerinde ayırt edicilik gösterdi (AUC=0.399).

SONUÇ

Azalmış eGFR; ileri yaş, KAH ve zayıf akım skoru ile bağımsız olarak ilişkilidir. Yaş ?60 yıl ve Qmax ?12.4 mL/sn pratik uyarı eşikleri olarak kullanılabilse de, semptom ve üroflowmetri temelli parametrelerin genel ayırt edici performansı sınırlıdır. Bu bulgular, böbrek fonksiyonunun değerlendirilmesinde yaş, komorbidite yükü ve seçilmiş işeme semptomlarını içeren risk odaklı bir yaklaşımı desteklemektedir. Ayrıca bulgularımız, ileri yaştaki ve böbrek fonksiyonu bozulmuş erkeklerde BPE'ye bağlı LUTS'un katkısının göz ardı edilmemesi gerektiğini göstermektedir.

Şekil 1. Multivaryant Lineer Regresyon Analiz ve ROC Analizi Sonuçları

Variables	Unstandardized Coefficients		Standardized	
	B	Std. Error	Beta	p
Yaş	-0.679	0.128	-0.299	**<0.001**
Hipertansiyon	-2.238	2.329	-0.049	0.337
Diyabetes Mellitus	-1.829	2.532	-0.038	0.470
Koroner Arter Hastalığı	-6.641	3.030	-0.113	**0.029**
Prostat Hacmi	-0.012	0.043	-0.016	0.769
PSA, ng/ml	-0.375	0.324	-0.061	0.249
Qmax, ml/s	0.096	0.178	0.031	0.592
İşeme Hacmi, ml	-0.003	0.008	-0.024	0.677
İşeme sonrası rezidü, ml	0.044	0.025	0.089	0.078
IPSS Zayıf İşeme Skoru	-1.777	0.757	-0.116	**0.019**
IPSS Noktüri Skoru	0.195	0.804	0.012	0.809



ROC analizinde yaş, azalmış böbrek fonksiyonunu öngörmede en yüksek ayırt edici gücü gösterdi (AUC=0.662; kesim değeri ≥60.5 yıl; p<0.001). Qmax için ROC eğrisi ters yönde bulunduğundan, düşük Qmax değerlerinin azalmış böbrek fonksiyonu ile ilişkili olduğu görüldü; en uygun kesim değeri ≤12.4 mL/s olarak belirlendi. IPSS zayıf akım skoru sınırlı düzeyde anlamlı bulunurken, PVR'nin ayırt edici gücü istatistiksel olarak anlamlı değildi.

SS-33) İDRAR KAÇIRMASI OLAN KADINLARDA CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU: KLİNİK VE ÜRODİNAMİK FENOTİPLERLE İLİŞKİSİ

İBRAHİM ERKUT AVCI(1) İBRAGİM KALDAROV(1) MUHAMMED HANİFİ ORÇAN(1) CÜNEYD ÖZKÜRKÇÜGİL(1)

1. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Bu çalışmada, idrar kaçırma nedeniyle ürodinamik değerlendirme planlanan cinsel olarak aktif kadın hastalarda Kadın Cinsel İşlev İndeksi (FSFI) kullanılarak cinsel işlev bozukluğu sıklığının belirlenmesi ve cinsel işlev bozukluğunun demografik özellikler, klinik idrar kaçırma tipi ve ürodinamik bulgular ile ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu kesitsel çalışma, 2024–2026 yılları arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniğinde gerçekleştirildi. İdrar kaçırma yakınması nedeniyle ürodinamik çalışma planlanan ve cinsel aktif olan kadın hastalar çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalara FSFI formu uygulandı. Yaş, vücut kitle indeksi(VKİ), obstetrik özellikler, komorbiditeler, cerrahi öykü, menopoz durumu, disparoni, cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma, klinik idrar kaçırma tipi ve ürodinamik bulgular kayıt altına alındı. FSFI toplam skoru, daha önce tanımlanmış 26,55 eşik değerine göre değerlendirildi; FSFI >26,55 olan hastalar normal cinsel işlev grubu, FSFI ?26,55 olan hastalar ise cinsel işlev bozukluğu grubu olarak kabul edildi.[1] Gruplar demografik, klinik ve ürodinamik değişkenler açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 123 kadın hastanın yaş ortalaması 49,81±8,81 yıl, VKİ ortalaması 30,28±4,90 kg/m² idi. Ortanca FSFI toplam skoru 20,70 olarak saptandı. FSFI ?26,55 ile tanımlanan cinsel işlev bozukluğu 89 hastada (%72,4) saptanırken, 34 hastada (%27,6) FSFI skoru 26,55'in üzerindeydi.FSFI ?26,55 olan hastaların yaş ortalaması anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,001). Buna karşılık VKİ, vajinal doğum sayısı, sezaryen doğum sayısı ve toplam doğum sayısı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Klinik özellikler değerlendirildiğinde, postmenopozal hasta oranı FSFI ?26,55 grubunda daha yüksekti (p=0,022). Benzer şekilde disparoni de FSFI ?26,55 olan hastalarda daha yüksek oranda saptandı (p=0,005). Sigara kullanımı, diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, depresyon öyküsü veya antidepresan kullanımı, pelvik veya jinekolojik cerrahi öyküsü, prolapsus veya orta üretral askı cerrahisi öyküsü, pelvik radyoterapi öyküsü, sistosel ve rektosel varlığı açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi. Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma varlığı klinik olarak dikkat çekici bir değişken olmasına rağmen, FSFI ?26,55 ile anlamlı ilişki göstermedi (p=0,512). Cinsel işlev bozukluğu oranı sıkışma tipi idrar kaçırmada 18/28 (%64,3), stres tipi idrar kaçırmada 20/29 (%69,0) ve karışık tip idrar kaçırmada 51/66 (%77,3) olarak bulundu; ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,391). Ürodinamik bulgular değerlendirildiğinde de detrüsor aşırı aktivitesi, ürodinamik stres tipi idrar kaçırma ve kombine detrüsor aşırı aktivitesi ile ürodinamik stres tipi idrar kaçırma varlığı cinsel işlev bozukluğu ile anlamlı ilişki göstermedi (sırasıyla p=0,867, p=0,814 ve p=0,487; Tablo 2).

SONUÇ

İdrar kaçırması olan kadınlarda FSFI ?26,55 ile tanımlanan cinsel işlev bozukluğu oranı %72,4 olarak saptandı. Cinsel işlev bozukluğu ileri yaş, postmenopozal durum ve disparoni ile ilişkili bulunurken, cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma varlığının cinsel işlev bozukluğu ile anlamlı ilişki göstermemesi çalışmanın dikkat çekici bir sonucuydu. Karışık tip idrar kaçırma, cinsel işlev bozukluğu olan grupta sayısal olarak daha yüksek oranda izlenmekle birlikte, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Tablo 1. Hastaların demografik, klinik, ürodinamik özellikleri ve FSFI skorları	-	_	__	Hasta sayısı	123
-	-	Demografik özellikler	-	-	-
Yaş, yıl, ortalama ± SS	49,81 ± 8,81	-	-	Vücut kitle indeksi, kg/m², ortalama ± SS	30,28 ± 4,90
-	-	Vajinal doğum sayısı, ortanca [ÇAA]	2,00 [1,00–3,00]	-	-
Sezaryen doğum sayısı, ortanca [ÇAA]	0,00 [0,00–1,00]	-	-	Toplam doğum sayısı, ortanca [ÇAA]	2,00 [2,00–3,00]
-	-	Klinik özellikler	-	-	-
Sigara kullanımı, n (%)	29 (23,6)	-	-	Diabetes mellitus, n (%)	20 (16,3)
-	-	Hipertansiyon, n (%)	41 (33,3)	-	-
Koroner arter hastalığı, n (%)	14 (11,4)	-	-	Depresyon öyküsü / antidepresan kullanımı, n (%)	67 (54,5)
-	-	Pelvik veya jinekolojik cerrahi öyküsü, n (%)	29 (23,6)	-	-
Pelvik radyoterapi öyküsü, n (%)	7 (5,7)	-	-	Prolapsus veya orta üretral askı cerrahisi öyküsü, n (%)	24 (19,5)
-	-	Postmenopozal durum, n (%)	64 (52,0)	-	-
Sistosel varlığı, n (%)	20 (16,3)	-	-	Rektosel varlığı, n (%)	4 (3,3)
-	-	Disparoni, n (%)	38 (30,9)	-	-
Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma, n (%)	38 (30,9)	-	-	Klinik idrar kaçırma tipi	-
-	-	Sıkışma tipi idrar kaçırma, n (%)	28 (22,8)	-	-
Stres tipi idrar kaçırma, n (%)	29 (23,6)	-	-	Karışık tip idrar kaçırma, n (%)	66 (53,7)
-	-	Sıkışma baskın karışık tip idrar kaçırma, n (%)	21 (17,1)	-	-
Stres baskın karışık tip idrar kaçırma, n (%)	45 (36,6)	-	-	Ürodinamik bulgular	-
-	-	Detrüsor aşırı aktivitesi, n (%)	60 (48,8)	-	-
Ürodinamik stres tipi idrar kaçırma, n (%)	78 (63,4)	-	-	Kombine detrüsor aşırı aktivitesi +	24 (19,5)

Tablo 1. Hastaların demografik, klinik, ürodinamik özellikleri ve FSFI skorları	-	_	__	Hasta sayısı	123
				ürodinamik stres tipi idrar kaçırma, n (%)	
-	-	Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI) sonuçları	-	-	-
FSFI toplam skoru, ortanca [ÇAA]	20,70 [12,40–27,50]	-	-	FSFI >26,55, n (%)	34 (27,6)
-	-	FSFI ?26,55, n (%)	89 (72,4)	-	-
Cinsel istek puanı, ortanca [ÇAA]	3,00 [1,20–4,80]	-	-	Cinsel uyarılma puanı, ortanca [ÇAA]	2,70 [1,50–4,20]
-	-	Lubrikasyon puanı, ortanca [ÇAA]	3,60 [1,50–4,80]	-	-
Orgazm puanı, ortanca [ÇAA]	3,60 [1,20–4,80]	-	-	Memnuniyet puanı, ortanca [ÇAA]	3,60 [1,50–6,00]
-	-	Ağrı/rahatsızlık puanı, ortanca [ÇAA]	3,60 [1,20–5,60]	-	-
-	-	Tablo 2. FSFI durumuna göre demografik, klinik ve ürodinamik özelliklerin karşılaştırılması	-	-	-
-	FSFI >26,55 Normal n=34	FSFI ?26,55 Cinsel işlev bozukluğu n=89	p	Demografik özellikler	-
-	-	Yaş, yıl, ortalama ± SS	45,56 ± 5,63	51,44 ± 9,28	<0,001
Vücut kitle indeksi, kg/m², ortalama ± SS	29,31 ± 4,98	30,65 ± 4,84	0,176	Vajinal doğum sayısı, ortanca [ÇAA]	2,00 [1,00–2,00]
2,00 [1,00–3,00]	0,072	Sezaryen doğum sayısı, ortanca [ÇAA]	0,00 [0,00–2,00]	0,00 [0,00–1,00]	0,081
Toplam doğum sayısı, ortanca [ÇAA]	2,00 [2,00–3,00]	2,00 [2,00–3,00]	0,565	Klinik özellikler	-
-	-	Sigara kullanımı, n (%)	11 (32,4)	18 (20,2)	0,156

Tablo 1. Hastaların demografik, klinik, ürodinamik özellikleri ve FSFI skorları	-	_	__	Hasta sayısı	123
Diabetes mellitus, n (%)	4 (11,8)	16 (18,0)	0,404	Hipertansiyon, n (%)	11 (32,4)
30 (33,7)	0,887	Koroner arter hastalığı, n (%)	1 (2,9)	13 (14,6)	0,109
Depresyon / antidepresan kullanımı, n (%)	14 (41,2)	53 (59,6)	0,067	Pelvik veya jinekolojik cerrahi öyküsü, n (%)	5 (14,7)
24 (27,0)	0,152	Prolapsus veya orta üretral askı cerrahisi öyküsü, n (%)	6 (17,6)	18 (20,2)	0,747
Pelvik radyoterapi öyküsü, n (%)	1 (2,9)	6 (6,7)	0,672	Postmenopozal durum, n (%)	12 (35,3)
52 (58,4)	0,022	Sistosel varlığı, n (%)	5 (14,7)	15 (16,9)	0,773
Rektosel varlığı, n (%)	3 (8,8)	1 (1,1)	0,064	Disparoni, n (%)	4 (11,8)
34 (38,2)	0,005	Cinsel ilişki sırasında idrar kaçırma, n (%)	9 (26,5)	29 (32,6)	0,512
Klinik idrar kaçırma tipi	-	-	0,391	Sıkışma tipi idrar kaçırma, n (%)	10 (29,4)
18 (20,2)	-	Stres tipi idrar kaçırma, n (%)	9 (26,5)	20 (22,5)	-
Karışık tip idrar kaçırma, n (%)	15 (44,1)	51 (57,3)	-	Ürodinamik bulgular	-
-	-	Detrüsor aşırı aktivitesi, n (%)	17 (50,0)	43 (48,3)	0,867
Ürodinamik stres tipi idrar kaçırma, n (%)	21 (61,8)	57 (64,0)	0,814	Kombine detrüsor aşırı aktivitesi + ürodinamik stres tipi idrar kaçırma, n (%)	8 (23,5)
16 (18,0)	0,487				

SS-34) CANLI VERİCİLİ BÖBREK NAKLİ SONRASI GECİKMİŞ EKSTERNAL İLİAK ARTER DİSEKSİYONU: FEMOROFEMORAL CROSSOVER BYPASS İLE EKSTREMİTE KURTARILMASI

DENİZ BARALI(1) NURCAN KAÇMAZ KAT(1) SAİDE ELİF GÜLLÜLÜ BOZ(1) ABDULLAH GÜL(1) METİN KILIÇ(1) HALİL İBRAHİM TARHAN(1) MURAT DEMİRBAŞ(1)

1. BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

External iliak arter diseksiyonu, böbrek transplantasyonu sonrasında renal allogreft ve ipsilateral alt ekstremite perfüzyonunu tehdit edebilen nadir ancak ciddi bir vasküler komplikasyondur. Çoğu olgu intraoperatif greft perfüzyon bozukluğu veya distal nabız kaybıyla tanınırken gecikmiş postoperatif başvuru daha seyrektir. Bu bildiride, canlı vericili böbrek transplantasyonu sonrası gelişen external iliak arter diseksiyonu ve iliofemoral oklüzyonun femorofemoral crossover bypass ile tedavisi sunulmuştur.

GEREÇ-YÖNTEM

-

BULGULAR

Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığına bağlı son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle beş yıldır hemodiyaliz uygulanan 48 yaşındaki erkek hastaya, 42 yaşındaki eşinden canlı vericili böbrek transplantasyonu yapıldı. Donör sol böbreğinde 3 mm çapında ana renal arter ve alt polü besleyen 2 mm çapında aksesuar renal arter bulunmaktaydı. Sağ nativ nefrektomi sonrası greft sağ iliak fossaya yerleştirildi. Renal ven sağ external iliak vene, iki renal arter ise ayrı ayrı sağ external iliak artere uç-yan anastomoz edildi. İntraoperatif değerlendirmede arter intiması sağlam, damar duvarı ise ileri derecede ince ve frajil olarak değerlendirildi. Doppler ultrasonografide renal vasküler anastomozlar açık ve akımlar normaldi.

Postoperatif sekizinci günde sağ alt ekstremitede uyuşma ve bacak çap farkı gelişti. Nabızlar palpabl olmasına rağmen Doppler ultrasonografide femoral arter kaynaklı, 19×26 mm boyutunda ve yaklaşık %80'i tromboze psödoanevrizma saptandı. Enoksaparin, elevasyon ve lokal kompresyon tedavisi başlandı. Semptomların ilerlemesi ve nabızların net alınamaması üzerine postoperatif 14. günde BT anjiyografi yapıldı. Sağ external iliak arterde diseksiyon izlendi. Her iki transplant renal arter gerçek lümenden çıkmakta, external iliak arter renal arter anastomozlarının distalinde oklüde görünmekteydi (Resim 1). Sağ common femoral ve superficial femoral arterler oklüde, profunda femoris arter açıktı.

Postoperatif 15. günde acil revaskülarizasyon uygulandı. Sağ common femoral arteriyotomi sonrası 5F Fogarty kateter ile yapılan embolektomide trombüs elde edilmedi ve distal backflow yeterliydi. Bunun üzerine 8 mm PTFE greft ile sol-sağ femorofemoral crossover bypass yapıldı. Kontrol Doppler ultrasonografide bypass ve distal femoral arterler açık, akım trifazikti. Renal allogreft vaskülaritesi normal, üst ve alt pol rezistif indeksleri sırasıyla 0,65 ve 0,68 idi. Son kontrolde bypass açık, periferik nabızlar palpabl ve uyuşma tamamen gerilemişti.

SONUÇ

Böbrek transplantasyonu sonrasında gelişen alt ekstremite semptomları, intraoperatif akım ve renal allogreft perfüzyonu normal olsa bile ilerleyici iliak arter diseksiyonunu düşündürmelidir. Renal arterlerin gerçek lümenden ve oklüzyonun proksimalinden çıktığı olgularda femorofemoral crossover bypass, renal arter anastomozları revize edilmeden ekstremite perfüzyonunu sağlayabilir.



SS-35) EASIX SKORUNUN EREKTİL DİSFONKSİYONU ÖNGÖRMEDEKİ ETKİNLİĞİ: HİYERARŞİK MODEL ANALİZİ

TUNAHAN ATEŞ(1) ÖKKEŞ ZORTUK(2) EYÜP KAPLAN(3) NEBİL AKDOĞAN(4) MUTLU DEĞER(4)

1. DEFNE DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ
2. BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ACIL TIP ANABİLİM DALI
3. ABDULKADİR YÜKSEL DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ
4. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLM DALI

AMAÇ

ED patofizyolojisinde merkezi rol oynar. Bu çalışmada, rutin laboratuvar parametrelerinden türetilen ve endotel hasarını yansıtan Endotelyal Aktivasyon ve Stres İndeksi (EASIX) skorunun ED varlığı ve şiddeti ile ilişkisini değerlendirmeyi ve klinik temel modelle karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya üroloji polikliniğine başvuran, 18-65 yaş arası 236 erkek hasta prospektif olarak dahil edildi. Hastaların demografik verileri, komorbiditeleri (HT, DM) ve laboratuvar parametreleri (LDH, kreatinin, trombosit) kaydedildi. ED varlığı ve şiddeti IIEF-5 formuyla (ED: ?21, Kontrol: ?22) belirlendi. EASIX skoru; (LDH [U/L] × Kreatinin [mg/dL]) / Trombosit [10?/L] formülüyle hesaplandı. Risk faktörlerini belirlemek için tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri yapıldı. Temel Model A (Yaş, DM, HT) ile EASIX eklenmiş bütünleşik Model B'nin performansları AUC, Nagelkerke R^2 ve AIC ile karşılaştırıldı.

BULGULAR

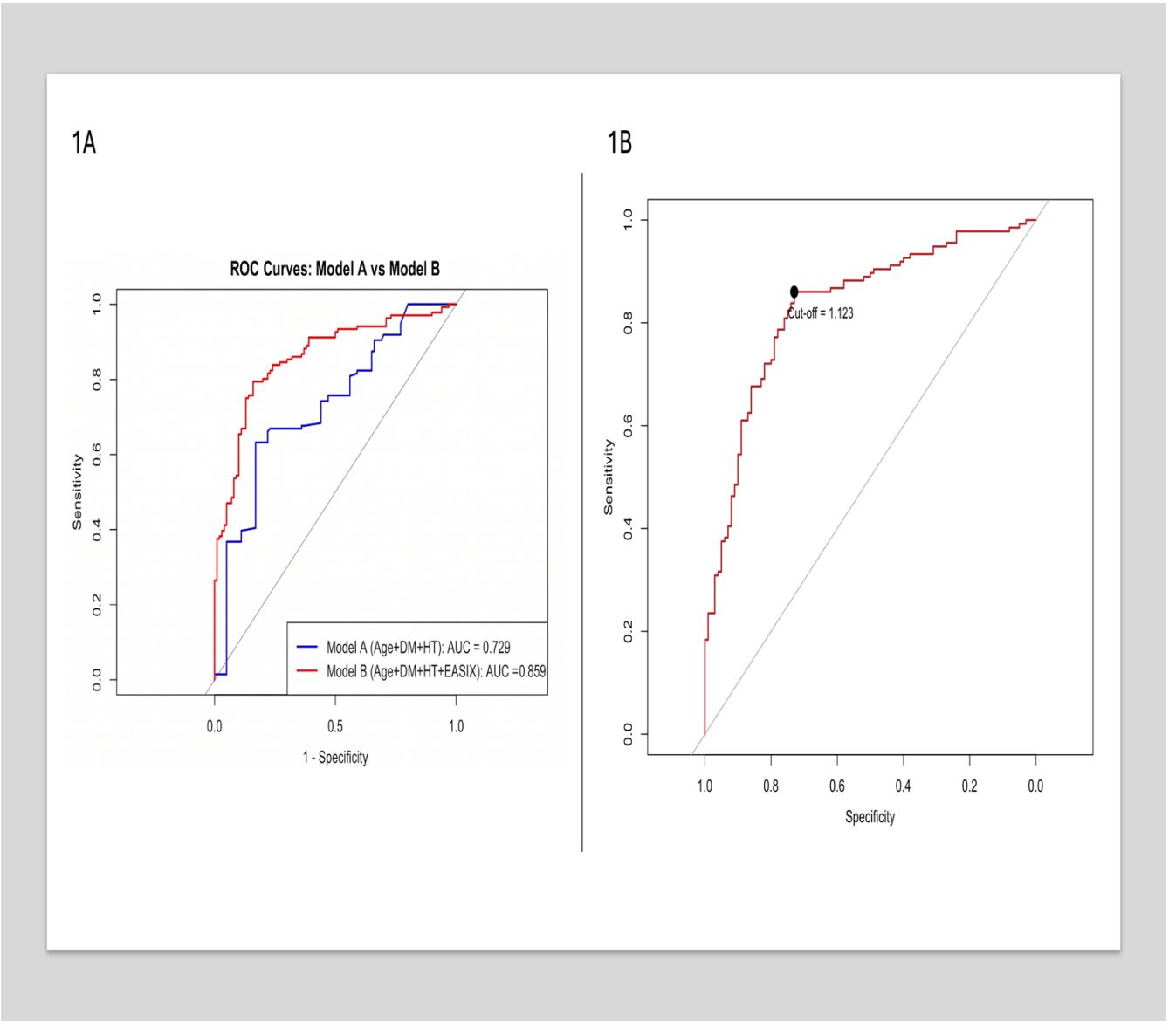
Çalışmaya dahil edilen 236 hastanın median yaşı 50.00 (IQR: 16.00), median IIEF-5 skoru 19.00 (IQR: 8.00) ve median EASIX skoru 1.23 (IQR: 0.62) olarak saptandı. Katılımcıların %57.6'sında (n=136) ED tespit edilirken, %42.4'ü (n=100) kontrol grubunu oluşturdu. Kohorttaki komorbidite oranları hipertansiyon için %30.9, diabetes mellitus için %24.2 ve kronik böbrek yetmezliği (KBY) için %14.0 olarak bulundu. Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde; yaş, hemoglobin, trombosit, kreatinin, monosit ve komorbiditeler ED'nin anlamlı öngörücüleriydi. EASIX skorundaki her 1 standart sapmalık artış ED riskini 7.12 kat artırırken (95% GA: 4.23–12.9, p<0.001); DM (OR: 4.135, p<0.001), HT (OR: 2.807, p=0.001) ve KBY (OR: 14.47, p<0.001) de anlamlı risk faktörleri olarak bulundu. Çok değişkenli analizde ise EASIX skoru (OR: 6.46, %95 GA: 3.76–11.9, p<0.001), yaş (OR: 1.98, p<0.001) ve DM (OR: 2.90, p=0.023) bağımsız pozitif öngörücüler; monosit sayısı ise (OR: 0.575, %95 GA: 0.395–0.816, p=0.003) bağımsız negatif öngörücü olarak doğrulandı. EASIX ile IIEF-5 skorları arasında orta düzeyde anlamlı negatif korelasyon izlendi (rho = -0.53, p<0.001). Model B, Model A'ya kıyasla daha yüksek prediktif doğruluk sergiledi (AUC: 0.859'a karşı 0.729; DeLong p<0.001); Nagelkerke R^2 değeri 0.204'ten 0.482'ye yükseldi ve AIC değeri belirgin şekilde düştü (Tablo 1) (Şekil 1A). ROC analizinde EASIX için en uygun kesim değeri (cut-off) 1.123 olarak saptandı ve bu değer %86 duyarlılık, %73 özgünlük, %81 pozitif prediktif değer ve %79 negatif prediktif değer sundu (Şekil 1B).

SONUÇ

Sonuç olarak, çalışmamız EASIX skorunun erektil disfonksiyonun önemli ve bağımsız bir belirleyicisi olduğunu göstermektedir. Yüksek tahmin doğruluğu (AUC: 0,859), klinisyenlere erektil disfonksiyon riski yüksek olan hastaları belirlemek için değerli, uygun maliyetli ve kolayca erişilebilir bir tarama aracı sunabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, bu bulguların farklı popülasyonlarda doğrulanması ve rutin üroloji pratiğinde klinik kullanımının belirlenmesi için daha büyük ölçekli prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Modeller	Değişkenler	OR	%95 GA	p Değeri
Model A: Yaş + DM + HT	Yaş	1.05	(1.02–1.07)	<0.001
-	DM	3.29	(1.55–6.97)	0.002
-	HT	1.82	(0.94–3.49)	0.074
Model B: Yaş + DM + HT + EASIX	Yaş	1.05	(1.02–1.08)	<0.001
-	DM	2.45	(1.02–5.89)	0.046
-	HT	0.86	(0.40–1.86)	0.704
-	EASIX Skoru	6.72	(3.93-12.3)	<0.001

Model Performanslarının Karşılaştırılması



SS-36) RENAL TRANSPLANTASYON SONRASI ERKEN DÖNEMDE RENAL GREFE GELİŞEN RENAL ARTER STENOZUNUN SAFEN VEN GREFTİ BYPASSI İLE YÖNETİMİ

ONUR KALAYCI(1) SELMAN SANCAR KAYA(1) MUHAMMED ERKAM OCAK(1) MERVE ÖNDER KÖSE(2) YARKIN KAMİL YAKUPOĞLU(1)

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Samsun
2. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Anabilim Dalı, Samsun

AMAÇ

Renal transplantasyon (Tx) sonrası gelişen greft disfonksiyonları, vasküler komplikasyonlar ile immünolojik rejeksiyon süreçlerinin iç içe geçmesi nedeniyle karmaşık bir klinik tablo oluşturabilir. Transplant renal arter stenozu (TRAS) tedavisinde endovasküler balon anjiyoplasti bir seçenek olmakla birlikte, dirençli seyreden ve teknik/anatomik açıdan zorluk gösteren olgularda cerrahi vasküler rekonstrüksiyon gerekmektedir. Bu olgu sunumunda, canlı vericiden renal Tx sonrası erken dönemde Banff Tip 2B TCMR ve anjiyoplastiye dirençli TRAS saptanan bir hastada, intraoperatif renkli Doppler ultrasonografi (RDUS) rehberliğinde safen ven grefti (SVG) ile gerçekleştirilen multidisipliner greft kurtarma yaklaşımını değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Olgu: Diabetes mellitus (DM) ve hipertansiyona (HT) bağlı son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) tanısıyla bir yıldır düzenli hemodiyaliz programında olan 58 yaşında kadın hastaya, canlı vericiden sağ iliak fossaya renal transplantasyon uygulandı. Özgeçmişinde DM, HT ve SDBY dışında bilinen ek hastalık yoktu.
Postoperatif dönemde hastanın serum kreatinin değerleri, RDUS bulguları, greft biyopsisi ve anjiyografik verileri incelendi.

BULGULAR

Ameliyat öncesi 7,71 mg/dL olan serum kreatinin düzeyi, postoperatif ilk günlerde 5,38 mg/dL'ye geriledi. Postoperatif ilk RDUS incelemesinde hilus Vmaks: 335 cm/sn, anastomoz Vmaks: 280 cm/sn ve rezistif indeks (RI): 0,55 saptandı. Postoperatif 2. günde parankimal RI değerinin 0,42'ye gerilemesi ve greft tonusunda azalma izlenmesi üzerine hasta re-explore edildi; intraoperatif RDUS ile Pulsus Parvus et Tardus akım paterni gözlendi ve renal arterin pozisyonel olarak düzeltilmesi ile akımın normale döndüğü saptandı ve iliak arterle anastomoz yerinde minimal kinkleşme gözlendi. Renal arterin psoas kasına tespit edilmesiyle intraoperatif RDUS eşliğinde akım parametrelerinin düzeldiği görüldü.
Takipte serum kreatinin değerinin 2,14–2,64 mg/dL bandında platoya çizdi ve greft disfonksiyonu devam etti fakat re-explorasyon sırasında yapılan böbrek biyopsisinde Akut T Hücre Aracılı Rejeksiyon (Tip 2B) tanısı konuldu. Bu sebeple medikal tedavisi düzenlenerek hastanın hastane yatışı devam ederek takip edildi. Takiplerde vasküler hızların yüksek seyretmeye devam etmesi (Vmaks > 300 cm/sn) üzerine çekilen anjiyografide anastomozda %50 darlık (TRAS) saptandı ve 3,5 mm balon ile PTA uygulandı. PTA işlemine rağmen yüksek akım hızlarının ve stenozun dirençli seyretmesi üzerine hasta, Kalp ve Damar Cerrahisi ekibi ile yeniden operasyona alındı; sol bacaktan alınan safen ven grefti (SVG) ile renal artere bypass uygulandı. Cerrahi revizyon sonrası serum kreatinin düzeyleri 1,76–2,00 mg/dL bandına gerileyerek stabil seyretti. Kontrol RDUS'de parankimal RI: 0,54 olarak ölçüldü ve akım hızları tamamen normal sınırlara geriledi; fakat klinik tabloya hipervolemi eşlik etmesi üzerine hasta ileri tedavi için Nefroloji Kliniği ile konsülte edilerek devredildi.

SONUÇ

Endovasküler girişimlerin yetersiz kaldığı dirençli TRAS vakalarında; Üroloji, Girişimsel Radyoloji ve Kalp-Damar Cerrahisi ekiplerinin koordinasyonuyla, intraoperatif RDUS rehberliğinde uygulanan safen ven grefti bypassı, greft sağkalımını koruyan ve hayat kurtarıcı olabilen nihai cerrahi seçenek olarak değerlendirilmelidir.

SS-37) PREOPERATİF ANKSİYETEYİ AZALTMADA HEKİM DENETİMİNDE CHATGPT DESTEKLİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM İLE HEKİM ÖNCÜLÜĞÜNDEKİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAMIN KARŞILAŞTIRILMASI: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

YAVUZ MERT AYDIN(1) TEVFİK ERDEM ÖZARSLAN(1) MERVE SENA BAYTAR(2) NECMETTİN AYDIN MUNGAN(1)

1. ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Üroloji Anabilim DAlı
2. ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Anestezijoloji ve ve reanimasyon Anabilim DAlı

AMAÇ

Ürolojik cerrahi planlanan hastalarda preoperatif anksiyeteyi azaltmada hekim denetiminde ChatGPT destekli bilgilendirilmiş onam sürecinin, geleneksel hekim öncülüğündeki bilgilendirilmiş onam sürecine non-inferior olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

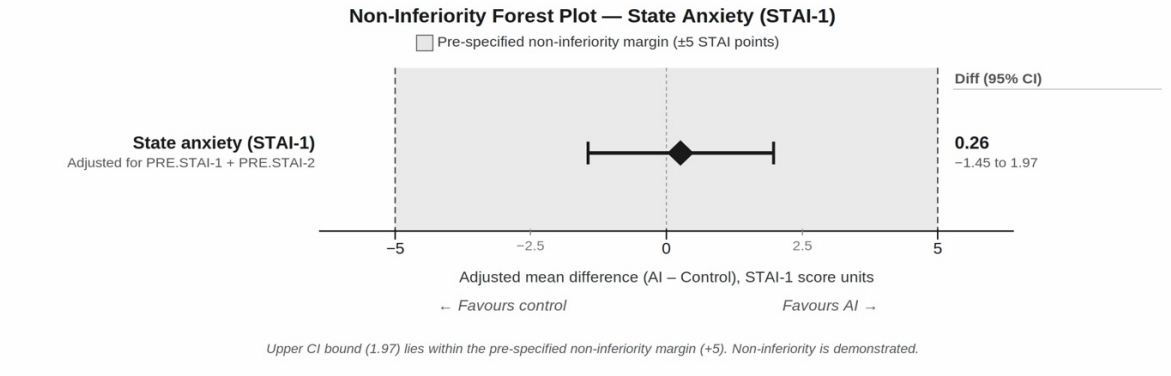
Bu prospektif, açık etiketli randomize kontrollü çalışmaya retrograd intrarenal cerrahi/üreteroskopi (RIRS/URS) veya holmiyum lazer prostat enükleasyonu (HoLEP) planlanan 180 erişkin hasta dahil edildi. Hastalar 1:1 oranında yapay zeka destekli (ChatGPT-4) veya hekim öncülüğündeki bilgilendirilmiş onam gruplarına randomize edildi. Birincil sonlanım noktası, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-1) ile ölçülen anksiyete değişimiydi. İkincil sonlanım noktaları onam süresi ve Yaşam Kalitesi-15 (QoR-15) ile değerlendirilen postoperatif iyileşme idi. Bazal anksiyete farklarını düzeltmek için kovaryans analizi (ANCOVA) kullanıldı. Non-inferiorite sınırı, STAI için üst %95 güven aralığı +5 puan olarak belirlendi.

BULGULAR

Dışlama kriterleri sonrası 161 hasta analiz edildi (yapay zeka destekli: n=83; kontrol: n=78). Bazal anksiyete skorları yapay zeka destekli grupta daha yüksekti (p<0,01). Her iki grupta da onam sonrası STAI-1 skorları anlamlı olarak azaldı (p<0,01), ancak gruplar arasında ?STAI-1 farkı anlamlı değildi (p=0,533). Bazal STAI-1 ve STAI-2 için düzeltme sonrası, gruplar arasında postoperatif anksiyete farkı saptanmadı (ortalama fark 0,26; %95 GA, -1,45 ile 1,97), non-inferiorite doğrulandı. Onam süresi medyanı her iki grupta da 10 dakika olmakla birlikte dağılım farkı anlamlıydı (p=0,020). QoR-15 toplam skoru kontrol grubunda daha yüksekti (p=0,019).

SONUÇ

Hekim denetiminde ChatGPT destekli bilgilendirilmiş onam, preoperatif anksiyeteyi azaltmada geleneksel hekim öncülüğündeki onama non-inferior bulunmuş ve onam süresini uzatmamıştır. Bu bulgular, büyük dil modellerinin hekim öncülüğündeki bilgilendirilmiş onam sürecinde tamamlayıcı bir araç olarak rol oynayabileceğini düşündürmektedir.



SS-38) TÜRKİYE'DE VEZİKOVAJİNAL FİSTÜLÜN DEMOGRAFİK VE ETİYOLOJİK PROFİLİ: ÜROLOJİK CERRAHİ DERNEĞİ REKONSTRÜKSİYON VE TRAVMA ÇALIŞMA GRUBU (RATSUS) ULUSAL ÇOK-MERKEZLİ ÇALIŞMASI

YUNUS EMRE GÖGER(1) MUZAFFER TANSEL KILINÇ (2) ERDİNÇ DİNÇER(3) ALİCAN ALBAZ(4) İBRAHİM GÜVEN KARTAL(5) TÜRKER SOYDAŞ(6) BURHAN DEMİR(7) SEYFETTİN ÖRGEN(8) YUSUF ÖNDER ÖZSAĞIR(9) ÖZGÜR EKİCİ(10) GÖKHAN ÇEKER(11) CUMA AYTEKİN(12) HAMZA GÜLTEKİN(13) RECEP UZUN(14) HİLMİ SARI(15) İLKE ONUR KAZAZ(16) REHA GİRGİN(17) OĞUZ ÖZDEN CEBECİ(18) DURSUN BABA(19) SERKAN AKAN(20) MEHMET SERKAN ÖZKENT(2) OZAN BOZKURT(21)

1. necmettin erbakan üniversitesi tıp fakültesi
2. KONYA ŞEHİR HASTANESİ
3. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi
4. manisa celal bayar üniversitesi
5. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi EAH
6. ankara bilkent şehir hastanesi
7. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
8. dicle üniversitesi
9. Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
10. bursa şehir hastanesi
11. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
12. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
13. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
14. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
15. Ankara Etlik Şehir Hastanesi
16. KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
17. ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
18. KOCAELİ ŞEHİR HASTANESİ
19. DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
20. FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
21. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

: Vezikovajinal fistül (VVF) edinsel üriner fistüllerin en sık görülenidir ve gelişmiş ülkelerde başlıca jinekolojik cerrahiye (özellikle histerektomi) bağlı gelişir. Ülkemizde VVF bugüne dek ağırlıklı olarak küçük, tek merkezli serilerle raporlanmıştır ve ulusal ölçekte kapsamlı veri bulunmamaktadır. Bu çalışma, bilgimiz dâhilinde Türkiye'nin en geniş çok-merkezli VVF serisi olarak hastaların demografik ve etiyolojik profilini ortaya koymayı amaçlamaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

:Türkiye'nin farklı bölgelerindeki 21 merkezde VVF tanısıyla tedavi edilen 296 kadın hasta retrospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Demografik veriler, obstetrik ve cerrahi öykü, etiyoloji, fistül karakteristikleri, tanı yöntemleri ile tedavi ve izlem bilgileri standart bir veri formuyla toplandı. Sürekli değişkenler medyan (IQR) veya ortalama ± SD, kategorik değişkenler n/% olarak sunuldu. Retrospektif kayıt niteliği nedeniyle bazı merkezlerde bulunmayan değişkenler eksik veri kabul edildi.

BULGULAR

Toplam 296 hasta değerlendirildi. Medyan yaş 50 yıl (IQR 44–55; 21–80), hastaların %55.7'si postmenopozal, ortalama vücut kitle indeksi 28.6 ± 4.8 kg/m² idi. Grand-multiparite (parite ?3) %41.0, sigara kullanım oranı %28.4'tü. Sezaryen öyküsü %42.6, sezaryen dışı abdominal cerrahi öyküsü %66.2, ürolojik operasyon öyküsü %20.6 idi. Etiyoloji baskın olarak jinekolojik cerrahiye bağlı iatrojenik nedenlerdi (histerektomi; %67.3). Obstetrik neden %11.9, malignite (obstetrik + obstetrik dışı) %11.2, radyoterapi %5.1, travma %4.1 idi. En sık fistül yerleşimi supratrigonal (%31.5) ve mesane posterior duvar (%25.4) iken; olguların %14.2'si nüks fistüldü. Fistül boyutu >10 mm %47.3, 5–10 mm %36.1, <5 mm %16.6 olarak saptandı. Rektovajinal tutulum %6.1, eşlik eden üst üriner sistem fistülü %4.4 oranındaydı. Semptom başlangıcından tanıya kadar geçen süre medyan 1.2 ay (IQR 0.6–3.6), tanıdan cerrahiye kadar geçen süre medyan 2.4 aydı (IQR 1.3–3.9). Hastaların yaklaşık üçte ikisi (%68) semptom başlangıcından sonraki ilk 3 ay içinde tanı almış; olguların %75'inde cerrahi, tanıdan sonraki 1–6 ay içinde gerçekleştirilmişti. Bu aralık akut inflamasyonun gerilemesi ve doku planlarının onarıma uygun hâle gelmesi için önerilen bekleme dönemiyle uyumluydu. Tanı çoğunlukla multimodaldi (sistoskopi %43.1, tomografi %38.3, vajinal muayene %30.5). Başlangıçta konservatif/sonda ile izlenen olguların neredeyse tamamı (%98–100) sonuçta cerrahi onarım gerektirmiştir.Cerrahi ağırlıklı olarak abdominal yöntemle (%60.5) ve fistülektomi (%76.7) ile yapıldı; doku interpozisyonu %43.2 hastada (en sık omentum) uygulandı. vajinal yaklaşım %29,7'di. Postoperatif kateter süresi medyan 20 gündü; ilk sistografi kontrolünde %87.5 kaçaksızlık sağlandı. Erken komplikasyon oranı %35.1 (İYE, %16.9), anatomik başarı %77.4, medyan izlem 12 aydı. Olguların %65.9'u yıllık 10'dan az vaka yapan düşük-hacimli merkezlerde tedavi edilmişti.

SONUÇ

Bu çalışma, bilgimiz dâhilinde Türkiye'nin en geniş çok-merkezli VVF serisidir ve ulusal ölçekteki veri boşluğunu doldurmaktadır. Ülkemizde VVF, baskın olarak jinekolojik cerrahiye bağlı iatrojenik ve önlenebilir bir komplikasyondur. VVF onarımlarının büyük kısmının düşük hacimli merkezlere dağılmış olması, önlenebilir cerrahi komplikasyonların azaltılması ve tedavinin deneyimli merkezlerde toplanması açısından önemli bir bulgudur.

SS-39) PROSTAT KANSERİ ŞÜPHESİYLE ÇEKİLEN MPMRG'LERDE YAPAY ZEKA DESTEKLİ PI-RADS DEĞERLENDİRMESİNİN RADYOLOG YORUMU İLE KARŞILAŞTIRILMASI

ANIL ŞERİF DEMİR(1) İLKER AKARKEN(1) HÜSEYİN TARHAN(1)

1. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Bu çalışmada, prostat kanseri şüphesiyle multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme (mpMRG) çekilen ve sonrasında prostat biyopsisi uygulanan hastalarda, multimodal yapay zeka (YZ) modelinin PI-RADS skorlamasındaki tanısal performansının deneyimli üroradyolog değerlendirmesi ile karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

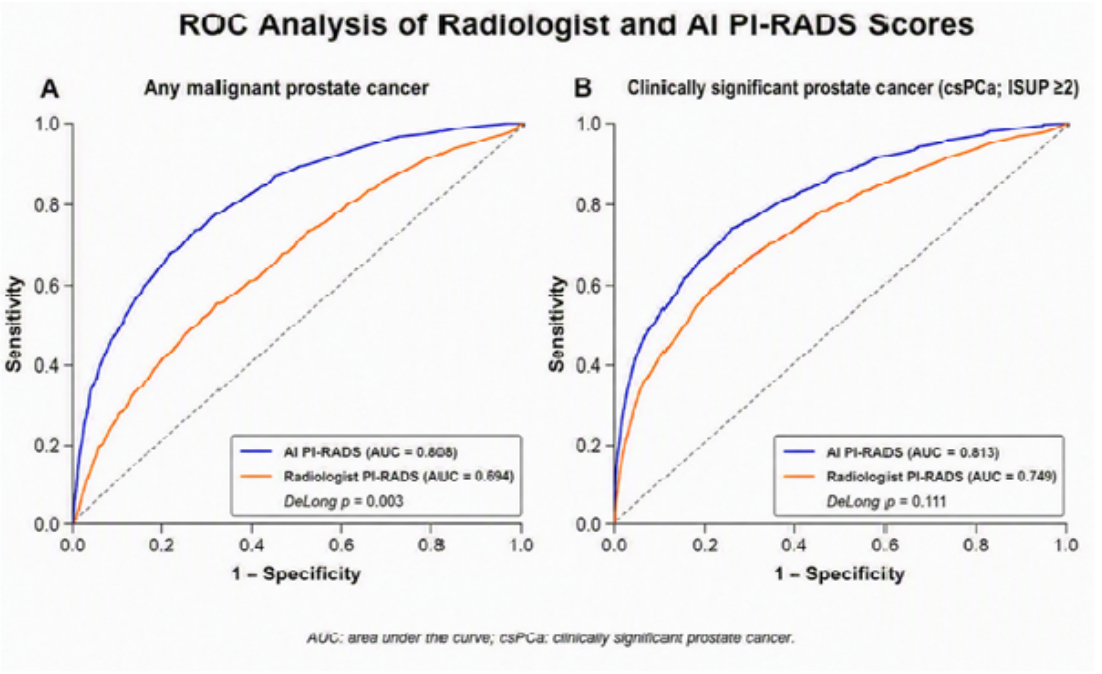
Retrospektif olarak değerlendirilen 204 hastanın mpMRG görüntüleri deneyimli bir üroradyolog tarafından PI-RADS v2.1'e göre skorlandı. Aynı görüntüler anonimleştirilerek video formatına dönüştürüldü ve multimodal YZ modeline
zero-shot prompt ile sunuldu. YZ'den index lezyon için 1–5 arasında PI-RADS skoru vermesi istendi. Referans standart biyopsi patolojisi idi. Analizler iki ayrı sonlanım için yapıldı: herhangi bir malign prostat kanseri ve klinik anlamlı prostat kanseri (csPCa; ISUP derece grubu >1/Gleason >3+3). Radyolog ve YZ'nin tanısal doğruluğu ROC analizi ile değerlendirildi, AUC değerleri DeLong testi ile karşılaştırıldı. Skorlar arası uyum ağırlıklı kappa ile incelendi.

BULGULAR

Kohortta herhangi bir malign prostat kanseri 102 hastada (%50.0), csPCa ise 59 hastada (%28.9) saptandı. Herhangi bir malign prostat kanserini ayırt etmede YZ'nin AUC değeri radyoloğa göre anlamlı olarak daha yüksekti
(0.808 vs 0.694; AUC farkı=0.113; p=0.003). Buna karşın csPCa öngörüsünde YZ'nin AUC değeri numerik olarak daha yüksek olmakla birlikte fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (0.813 vs 0.749; AUC farkı=0.064; p=0.111). Radyolog ve YZ PI-RADS skorları arasındaki birebir uyum %26.0 (53/204) idi. Quadratic weighted kappa 0.400, linear weighted kappa 0.249 olarak bulundu.

SONUÇ

Multimodal YZ tabanlı PI-RADS değerlendirmesi, herhangi bir malign prostat kanseri ayrımında deneyimli radyolog değerlendirmesine göre anlamlı olarak daha yüksek tanısal performans gösterdi. Ancak klinik anlamlı prostat kanseri öngörüsünde YZ ile radyolog arasında istatistiksel olarak anlamlı AUC farkı saptanmadı. Bu bulgular, YZ'nin mpMRG tabanlı prostat kanseri değerlendirmesinde tamamlayıcı bir karar destek aracı olabileceğini, ancak
csPCa düzeyinde klinik kullanıma geçmeden önce daha geniş ve prospektif doğrulama çalışmalarına ihtiyaç olduğunu göstermektedir.



Tablo 1. Herhangi malign prostat kanseri ve klinik anlamlı prostat kanseri öngörüsünde radyolog ve yapay zeka PI-RADS performanslarının karşılaştırılması

Sonlanım	Pozitif hasta, n/N (%)	YZ AUC	Radyolog AUC	AUC farkı	DeLong p
Herhangi malign prostat kanseri	102/204 (50.0)	**0.808**	0.694	**0.113**	**0.003**
Klinik anlamlı prostat kanseri, ISUP ≥2	59/204 (28.9)	0.813	0.749	0.064	0.111
Radyolog–YZ skor uyumu	53/204 exact agreement (26.0)	—	—	—	—

Kısaltmalar: AUC, area under the curve; csPCa, klinik anlamlı prostat kanseri; ISUP, International Society of Urological Pathology; PI-RADS, Prostate Imaging Reporting and Data System; YZ, yapay zeka.

SS-40) KOD YAZMAYI BİLMEDEN YAPAY ZEKA İLE AVRUPA ÜROLOJİ MESANE KANSERİ KILAVUZUNU CEP TELEFONU UYGULAMASINA DÖNÜŞTÜRMEK

ABDULLAH ERDOĞAN(1) ÖZGÜR EKİCİ(1) EFE ÖNEN(1) ERHAN SARI(1) SİNAN AVCI(1) VOLKAN ÇAĞLAYAN(1) SEDAT ÖNER(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Avrupa Üroloji Derneği mesane kanseri kılavuzları kapsamlı ancak metin yoğun kaynaklardır ve günlük klinik akışta hızlı karara elverişli değildir. Bu çalışmada, yazılım veya programlama bilgisi olmayan bir üroloğun yalnızca yapay zeka destekli kod geliştirme araçlarını kullanarak kılavuzu interaktif bir karar destek uygulamasına dönüştürme sürecinin uygulanabilirliği gösterilmiştir. Amaç, hem elde edilen ürünü hem de hekimlerin kod yazmadan kendi klinik araçlarını üretebileceği yaklaşımı ortaya koymaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

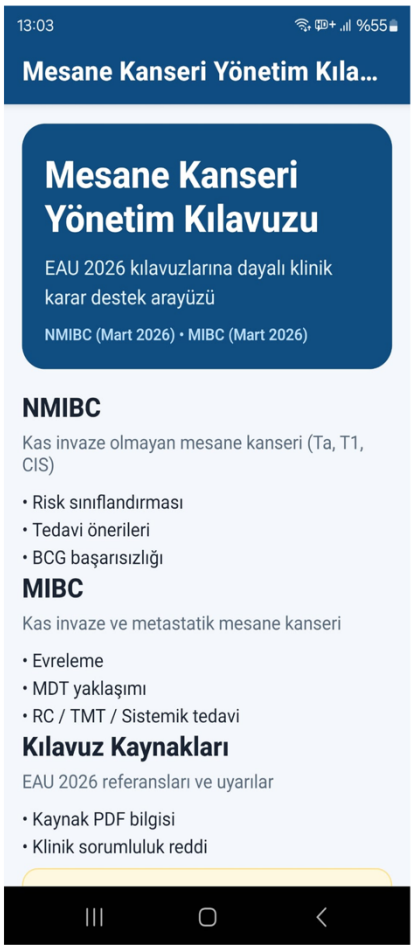
Uygulama, doğal dil komutlarıyla çalışan yapay zeka destekli bir kod geliştirme ortamı (CURSOR AI) kullanılarak, manuel kod yazılmadan geliştirildi. Avrupa Üroloji Derneği 2026 mesane kanseri kılavuzları yapılandırılmış karar ağaçlarına dönüştürüldü. Kasa invaze olmayan mesane kanseri modülü; 2021 Avrupa Üroloji Derneği risk gruplarını (düşük, orta, yüksek, çok yüksek), EORTC ve CUETO risk skorlarını, risk grubuna göre intravezikal tedavi ve sistektomi önerilerini ve BCG başarısızlığı sınıflandırmasını (refrakter, relaps, yanıtsız, maruz kalmış) içerecek şekilde tasarlandı. Kasa invaze mesane kanseri modülü; evreleme ve görüntüleme, multidisipliner değerlendirme, neoadjuvan kemoterapi, radikal sistektomi, trimodalite tedavisi ve metastatik hastalık algoritmalarını ve tedavi sonrası izlem protokollerini kapsadı. Ürün, Apple ve Android cihazlarda tarayıcı üzerinden çalışan platformdan bağımsız bir web uygulaması olarak yayınlandı; mobil uygulama mağazası politikalarındaki tıbbi içerik kısıtlamaları nedeniyle dağıtım web tabanlı tercih edildi.

BULGULAR

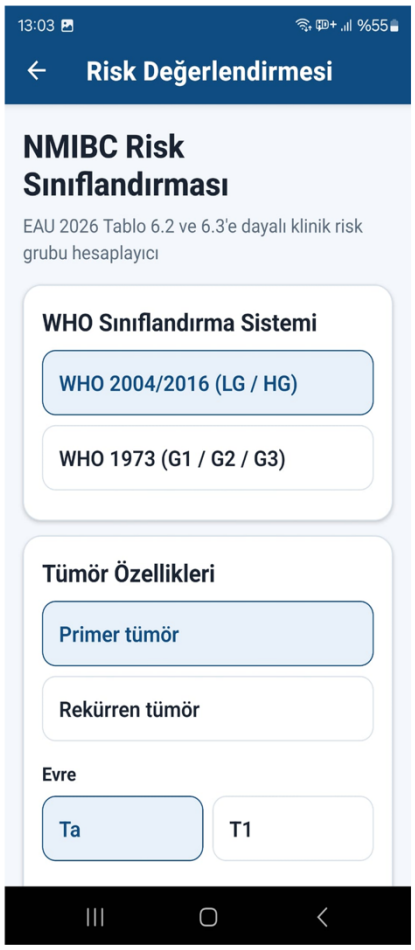
Geliştirme süreci herhangi bir programlama eğitimi olmadan tamamlandı. Ortaya çıkan uygulama; risk sınıflandırması, tedavi seçimi ve takip önerilerini içeren interaktif algoritmalar sunmaktadır. Web tabanlı yapı, kurulum gerektirmeden her iki mobil platformda ve masaüstünde erişilebilirlik sağlamış, güncelleme kolaylığı getirmiştir. Süreçte karşılaşılan başlıca kısıtlamalar; kılavuz metninin doğru yapılandırılması, klinik doğruluğun manuel kontrolü ve mobil uygulama mağazalarının tıbbi karar destek araçlarına yönelik onay politikaları olmuştur.

SONUÇ

Yapay zeka destekli kod geliştirme araçları, kod bilgisi olmayan klinisyenlerin dahi güncel kılavuzları kullanılabilir karar destek araçlarına dönüştürmesine olanak tanımaktadır. Bu yaklaşım, kılavuz bilgisinin klinik uygulamaya aktarılmasını hızlandırma ve hekimlerin kendi ihtiyaçlarına yönelik dijital araçlar geliştirmesinde önemli bir potansiyel taşımaktadır. Klinik kullanım öncesinde içerik doğruluğunun uzman denetimi ve düzenli güncelleme kritik önemdedir.







Mesane Kanseri Yönetim Kılavuzu

EAU 2026 · Klinik Karar Destek Uygulaması

Uygulamaya erişmek için karekodu tarayın

https://mesanekanseriyonetimi.netlify.app/

Nasıl Geliştirildi?

Cursor komutları · kurulum · sorun giderme

Geliştirme adımları için karekodu tarayın

mesanekanseriyonetimi.netlify.app/komutlar

SS-41) KADIN ÜRETRA DARLIKLARINDA VENTRAL ONLAY BUKKAL MUKOZA GREFT ÜRETROPLASTİ 'AZ' TEKNİĞİ UZUN DÖNEM SONUÇLARIMIZ

MELİKE GÜZELLER(1) KÜRŞAT KÜÇÜKER(1) MESUT BERKAN DURAN(1) ALİ ERSİN ZÜMRÜTBAŞ(1) ZAFER AYBEK(1)

1. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Üretral darlığı olan kadın hastalarda ventral onlay bukkal mukoza greft (BMG) üretroplasti 'AZ' tekniğimizin cerrahi detaylarını ve sonuçlarını sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2015 – Aralık 2025 tarihleri arasında 'AZ' tekniği BMG üretroplasti yapılan ve en az 3 ay takip edilen 40 kadın hasta retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların yaşı, darlık etiyolojisi, darlık uzunluğu, eşlik eden hastalıklar, önceki tedavi sayısı, ameliyat öncesi ve sonrası üroflowmetri verileri, işeme sonrası kalan idrar hacmi, komplikasyonlar ve nüks durumları kaydedildi. Ameliyat sonrası Qmax değeri yaklaşık üç ay sonra değerlendirildi. Ameliyat sonrası üroflowmetri verisi bulunmayan hastalar klinik olarak değerlendirildi. Başarı, darlık nüksünün olmaması olarak tanımlandı.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 51,5 ± 13,0 idi (dağılım aralığı 31–80). Ortalama darlık uzunluğu 2,4 ± 0,8 cm ve ortalama BMG uzunluğu 3,1 ± 0,7 cm idi. Darlıkların %80'i midüretrada yer alıyordu. En sık görülen etiyoloji idiyopatikti (%67,5), bunu iyatrojenik/obstetrik nedenler izliyordu (%22,5). Tüm hastaların daha önce dilatasyon öyküsü vardı; %60'ı üçten fazla dilatasyon geçirmişti. Ortalama preoperatif Qmax 6,6 ± 2,6 mL/s idi ve bu değer postoperatif dönemde 26,7 ± 8,2 mL/s'ye önemli ölçüde iyileşti. 38 hastada (%95) kontinans korunmuştu; iki hasta sıkışma tipi idrar kaçırma bildirdi, bunlardan 1'inde preoperatif dönemde de sıkışma tipi idrar kaçırma mevcuttu. 1 hastada (%2,5) donör bölgede şişlik görüldü ve bu durum konservatif olarak tedavi edildi. 3 hastada (%7,5 darlık nüksü görüldü; nüks görülen 3 hastanın 2'sine dilatasyondan sonra fayda görmemesi üzerine tekrar BMG 'AZ' teknik uygulandı. Diğer nüks görülen hasta dilatasyonla tedavi edildi. Ortalama 37,7 aylık (aralık 3–90 ay) takip süresinde genel başarı oranı %97,5 oldu.

SONUÇ

Ventral onlay BMG üretroplastisi 'AZ' tekniği, kadın üretral darlıklarında yüksek başarı oranı sağlamakta ve özellikle tekrarlayan vakalarda etkili bir tedavi seçeneği sunmaktadır. Ventral üretroplasti 'AZ' tekniğinin uzun vadeli sonuçları, mevcut tekniklere göre kolay uygulanabilir olması ve sfinkterin korunması açısından alternatif olarak kullanılabileceği gösterilmiştir. Tüm hastalarda ameliyat sonrası Qmax belirgin şekilde artarken, PVR anlamlı olarak azalmıştır ve ciddi komplikasyon gözlenmemiştir.

SS-42) PROSTAT MRG'DE YAPAY ZEKÂ DESTEĞİNİN PI-RADS DEĞERLENDİRMESİ, LEZYON LOKALİZASYONU VE TÜMÖR BOYUTU TAHMİNİNE ETKİSİ

BANU ALICIOĞLU(1) NECMETTİN AYDIN MUNGAN(1) FEVZİCAN ELARSLAN(1) EYÜP TARIK SARDAG(1) BANU DOĞAN GÜN(1)

1. ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Bu çalışmada, biparametrik prostat MRG'sinde yapay zekâ (YZ) desteğinin PI-RADS değerlendirmesi, lezyon lokalizasyonu ve tümör boyutu tahmini üzerindeki etkisinin; bağımsız YZ, farklı deneyim düzeyine sahip iki radyolog, YZ destekli değerlendirmeler ve patolojik referans standart karşılaştırılarak incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif çalışmaya, prostat MRG çekimi sonrasında histopatolojik doğrulama veya benign referans elde edilen 102 ardışık hasta dahil edilmiştir. PI-RADS skorları; YZ, daha az deneyimli bir radyolog (Okuyucu F), deneyimli bir radyolog (Okuyucu B) ve her iki okuyucunun YZ destekli değerlendirmesi sonrası bağımsız olarak atanmıştır. PI-RADS değerlendirmesi için gözlemciler arası uyum, kuadratik ağırlıklı Cohen kappa istatistiği ile değerlendirilmiştir. Lezyon lokalizasyonu, patolojik lokalizasyon ile Cohen kappa istatistiği kullanılarak karşılaştırılmıştır. Tümör boyutu ölçümleri, patolojik tümör boyutu ile Spearman korelasyon analizi ve ölçüm hatası analizleri kullanılarak karşılaştırılmıştır.

BULGULAR

PI-RADS değerlendirmesinde gözlemciler arası uyum, orta düzeyden neredeyse mükemmele kadar değişen bir aralıkta bulunmuştur. En yüksek uyum, deneyimli okuyucu ile YZ destekli değerlendirme arasında gözlenmiş olup (kuadratik ağırlıklı ? = 0,93), bunu iki okuyucu arasındaki uyum (? = 0,80) ve daha az deneyimli okuyucu ile YZ destekli değerlendirme arasındaki uyum (? = 0,79) izlemiştir. Bağımsız YZ, deneyimli okuyucu ile yüksek düzeyde uyum (? = 0,71), daha az deneyimli okuyucu ile ise orta-yüksek düzeyde uyum (? = 0,62) göstermiştir. Lezyon lokalizasyonu açısından patoloji ile en yüksek uyum deneyimli okuyucuda saptanmış (? = 0,79), bunu daha az deneyimli okuyucu (? = 0,67) ve YZ (? = 0,56) izlemiştir. Tümör boyutu ölçümleri, patolojik tümör boyutu ile orta düzeyde korelasyon göstermiş olup, deneyimli okuyucuda daha az deneyimli okuyucuya kıyasla daha güçlü bir uyum saptanmıştır (Spearman ? = 0,56'ya karşı 0,41). Her iki okuyucu da patolojik tümör boyutunu olduğundan düşük tahmin etmiş, ancak deneyimli okuyucuda ortalama mutlak hata daha düşük bulunmuştur.

SONUÇ

YZ destekli prostat MRG yorumlaması, deneyimli radyolog değerlendirmeleriyle mükemmel düzeyde, daha az deneyimli okuyucularla ise yüksek düzeyde uyum göstermiştir. Bağımsız YZ, lezyon lokalizasyonu ve tümör boyutu tahmininde deneyimli okuyucunun performansını aşmamış olsa da, YZ desteği PI-RADS kategorizasyonunda yüksek tutarlılık sağlamış ve prostat MRG yorumlamasının standardizasyonunu iyileştirebileceğini düşündürmüştür.

SS-43) EAU 2026 KILAVUZLARINA DAYALI ÜROLOJİK KARAR SENARYOLARINDA CLAUDE YAPAY ZEKÂ MODELLERİNİN CEVAP TUTARLILIĞI VE MODELLER ARASI UYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

ROZA SEMİRAMİS ERZİNCANLI(1) AHMET BURAK YILMAZ(1)

1. SİNCAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Yapay zekâ temelli büyük dil modelleri, tıpta bilgiye erişim ve klinik karar desteği amacıyla giderek daha fazla kullanılmaktadır. Bu modellerin doğru cevap verebilmesi kadar, aynı klinik soru tekrar sorulduğunda benzer karar üretmesi ve farklı modellerin aynı klinik durumda birbiriyle ne kadar uyumlu olduğu da önemlidir. Bu çalışmada, EAU 2026 kılavuzlarına dayalı ürolojik klinik senaryolarda Claude yapay zekâ modellerinin kendi içindeki cevap tutarlılığını, kılavuz uyumunu ve modeller arası karar uyumunu değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

EAU 2026 Renal Hücreli Karsinom, Kasa İnvaze Olmayan Mesane Kanseri, Ürolitiazis ve Erkek Alt Üriner Sistem Semptomları kılavuzlarından toplam 32 klinik senaryo hazırlandı (Tablo). Her senaryoda modelden, önceden belirlenmiş klinik seçenekler arasından bir karar vermesi istendi. Senaryoların bir kısmı kılavuzun tek ve net öneri sunduğu durumları, bir kısmı ise birden fazla kabul edilebilir seçeneğin bulunduğu gri alanları temsil ediyordu. Üç Claude modeli değerlendirildi: Claude Opus 4.8, Claude Sonnet 4.6 ve Claude Haiku 4.5. Her senaryo her modele bağımsız oturumlarda ve sıra randomize edilerek 20 kez soruldu. Böylece toplam 1920 model yanıtı analiz edildi. Modellerin aynı soruya tekrarlayan sorgularda aynı kararı verip vermediği, yanıtların EAU 2026 kılavuzlarıyla uyumu ve farklı modellerin aynı senaryoda aynı karara ulaşıp ulaşmadığı değerlendirildi.

BULGULAR

Toplam 1920 yanıtın tamamı analiz edilebilir biçimde alındı; değerlendirilemeyen yanıt olmadı. Claude Opus 4.8 ve Claude Sonnet 4.6, 32 senaryonun tamamında her tekrarda aynı klinik kararı verdi. Claude Haiku 4.5 modelinde ise 32 senaryonun 31'inde tam cevap tutarlılığı izlendi; yalnızca bir senaryoda küçük bir değişkenlik saptandı. Genel olarak 96 model-senaryo değerlendirmesinin 95'inde tam tutarlılık vardı. Tüm modellerin verdiği yanıtlar EAU 2026 kılavuzlarıyla uyumluydu ve hiçbir modelde kılavuz dışı klinik karar saptanmadı. Modeller arası uyum değerlendirildiğinde, kılavuzun net öneri sunduğu 24 senaryoda üç model arasında tam uyum izlendi. Modeller arası farklılık yalnızca 3 gri-alan senaryosunda görüldü: BCG'ye yanıtsız NMIBC'de radikal sistektomiye uygun olmayan hastada mesane koruyucu tedavi seçimi, BCG-naif yüksek risk NMIBC'de immünoterapi eklenmesi ve 10 mm alt kaliks taşında SWL ile fleksibl üreteroskopi seçimi. Bu farklılıkların tamamı önceden tanımlanmış kılavuz-uyumlu seçenekler arasında gerçekleşti. Tek model içi değişkenlik ise tekrarlayan düşük dereceli Ta mesane tümörü yönetimiyle ilgili gri-alan senaryosunda Claude Haiku 4.5 modelinde izlendi.

SONUÇ

Bu çalışmada, üç Claude modeli yapılandırılmış ürolojik klinik karar senaryolarında yüksek düzeyde cevap tutarlılığı ve tam kılavuz uyumu gösterdi. Modeller, kılavuzun net öneri sunduğu klinik durumlarda hem kendi içinde hem de birbirleriyle tamamen uyumluydu. Farklılıklar yalnızca kılavuzun birden fazla kabul edilebilir seçenek sunduğu gri alanlarda ortaya çıktı ve bu farklılıklar da kılavuz dışı değildi. Bu bulgular, Claude modellerinin yapılandırılmış ürolojik karar senaryolarında güçlü cevap tutarlılığı gösterdiğini; ancak gri alanlarda farklı modellerin farklı fakat kılavuzla uyumlu seçeneklere yönelebileceğini düşündürmektedir. Sonuçların farklı yapay zekâ modelleri ve daha geniş klinik senaryo setleriyle doğrulanması gereklidir.

Tablo. EAU 2026 kılavuzlarından türetilen klinik senaryolar

#	Alan	Zorluk	Klinik senaryo
1	RCC	K	cT1a RCC cerrahi yaklaşım
2	RCC	O	cT2 soliter böbrek, nefron koruyucu
3	RCC	K	Rutin adrenalektomi
4	RCC	O	cT1a aktif izlem
5	RCC	O	Cerrahiye uygunsuz cT1
6	RCC	Z	pT3 ccRCC adjuvan pembrolizumab
7	NMIBC	K	Düşük risk, tek instilasyon
8	NMIBC	K	T1HG re-TURMT
9	NMIBC	O	Anormal ürotelyum biyopsisi
10	NMIBC	O	Yüksek risk BCG 1-3 yıl
11	NMIBC	Z	Çok yüksek risk definitif tedavi
12	NMIBC	Z	BCG-yanıtsız radikal sistektomi
13	Ürolitiyazis	K	Yan ağrısında görüntüleme
14	Ürolitiyazis	K	Enfekte obstrüksiyon drenaj
15	Ürolitiyazis	O	6mm distal taş MET
16	Ürolitiyazis	K	2.5cm renal pelvis taş tedavi
17	Ürolitiyazis	O	İlk taş, taş analizi
18	Ürolitiyazis	O	Ürik asit taşı oral kemoliz
19	LUTS	K	LUTS alfa-bloker
20	LUTS	O	BPH 5-ARI kullanımı
21	LUTS	O	Depolama baskın LUTS beta-3 agonist
22	LUTS	K	45mL prostat TURP
23	LUTS	O	HoLEP alternatif seçenek
24	LUTS	Z	Seçili hastada embolizasyon
25	NMIBC	Gri	Intermediate-risk intravezikal tedavi
26	NMIBC	Gri	Rekürren LG Ta yönetimi
27	NMIBC	Gri	Kemoablasyon + TURMT
28	NMIBC	Gri	Rezeksiyon tekniği (~3cm)
29	NMIBC	Gri	BCG-yanıtsız koruyucu tedavi
30	NMIBC	Gri	BCG + checkpoint inhibitörü
31	Ürolitiyazis	Gri	10mm alt-pol taş ilk sıra tedavi
32	LUTS	Gri	90mL prostat cerrahisi

Zorluk: K = Kolay, O = Orta, Z = Zor, Gri = Gri-alan (birden fazla kılavuz-uyumlu seçenek).
Alanlar: RCC = renal hücreli karsinom, NMIBC = kasa invaze olmayan mesane kanseri, LUTS = alt üriner sistem semptomları.

SS-44) JİNEKOLOJİK CERRAHİLERE BAĞLI İYATROJENİK ÜRETER YARALANMALARI: ÇOK MERKEZLİ ANALİZ ÜROLOJİK CERRAHİ DERNEĞİ REKONSTRÜKSİYON VE TRAVMA ÇALIŞMA GRUBU

HİLMİ SARI(1) BERK YASİN EKENCİ(1) YUNUS EMRE GÖĞER(2) REHA GİRGİN(3) TÜRKER SOYDAŞ(4) İLKER AKARKEN(5) GÖKTUĞ KALENDER(6) ADİL EMRAH SONBAHAR(7) KASIM EMRE ERGUN(8) YILÖREN TANIDIR(9) ŞAKİR ONGÜN(10) MEHMET ERHAN AYDIN(11) MUTLU DEĞER(12) OĞUZ ÖZDEN CEBECİ(13) ERDİNÇ DİNÇER(14) ALİ CAN ALBAZ(15) MUHAMMET SELÇUK ÖZER(16) OZAN BOZKURT(16)

1. ETLİK ŞEHİR HASTANESİ
2. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
3. ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
4. ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
5. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
6. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
7. ANKARA ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
8. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
9. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
10. BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
11. ESKİŞEHİR ŞEHİR HASTANESİ
12. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ
13. kocaeli şehir hastanesi
14. KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ
15. manisa celal bayar üniversitesi tıp fakültesi
16. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Jinekolojik cerrahilere bağlı gelişen iyatrojenik üreter yaralanmalarının klinik özelliklerini, uygulanan tedavi yöntemlerini ve ikinci cerrahi gereksinimi ile ilişkili prognostik faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif çok merkezli çalışmaya, 15 farklı merkezde 2010-2024 yılları arasında jinekolojik cerrahiler sonrasında iyatrojenik üreter yaralanması gelişen ve üroloji kliniklerince değerlendirilen 294 hasta dahil edildi. Demografik veriler, yaralanmanın oluştuğu cerrahi yaklaşım (açık/laparoskopik), yaralanma mekanizması, tanı zamanı, ilk tedavi yöntemi, uygulanan rekonstrüktif cerrahiler ve takip sonuçları analiz edildi. Ayrıca cerrahi yaklaşım ile yaralanma özellikleri ve ikinci cerrahi gereksinimi ile ilişkili klinik faktörler karşılaştırıldı.

BULGULAR

Toplam 294 hasta değerlendirildi. Hastaların yaş ortalaması 51,8±10,7 yıl olup olguların %47,6'sında yaralanma laparoskopik, %52,4'ünde açık cerrahi sırasında gelişti. En sık yaralanma mekanizması termal hasar (%41,5) olup bunu total kesi (%44,6) ve parsiyel kesi (%20,7) izledi. Yaralanmaların %49'unda tanı ilk 24 saat içinde konulurken, %51'inde tanı 24 saatten sonra konuldu. İlk tedavide en sık üreteral stent, üreteroneosistostomi ve üreteroüreterostomi uygulanırken, hastaların %39,8'inde takip sürecinde ikinci cerrahi girişim gerekti. Son takipte hastaların %83'ünde başarılı klinik sonuç elde edildi.
Laparoskopik cerrahide termal yaralanma açık cerrahiye göre anlamlı olarak daha sık görüldü (p=0,008). Buna karşın açık cerrahide sol üreter yaralanmaları daha sık olup tanı ilk 24 saat içerisinde daha yüksek oranda konuldu (p=0,005 ve p=0,049). Termal hasar gelişen olgularda ikinci cerrahi gereksinimi anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,021). Ayrıca ilk 24 saat içinde tanı konulması ikinci cerrahi gereksinimini azaltırken (p<0,001), başlangıç tedavisinde nefrostomi uygulanması, üreter darlığı gelişimi ikinci cerrahi gereksinimi ile anlamlı olarak ilişkili bulundu (p<0,001).

SONUÇ

Jinekolojik cerrahilere bağlı iyatrojenik üreter yaralanmalarında laparoskopik yaklaşım termal hasar ile daha güçlü ilişki göstermektedir. Termal yaralanma ve gecikmiş tanı, takipte rekonstrüktif ikinci cerrahi gereksinimini artıran önemli klinik belirteçlerdir. Buna karşılık erken tanı ve uygun ilk yaklaşım uzun dönem cerrahi başarısını artırabilir. Bu bulgular, yüksek riskli olgularda erken ürolojik değerlendirme ve zamanında rekonstrüktif planlamanın önemini desteklemektedir.

-	Bulgular	p
Yaralanma tipi	Soğuk kesi ile oluşan yaralanmalarda ikinci cerrahi gereksinimi termal hasara göre daha düşüktü.	0,021
Tanı zamanı	İlk 24 saat içinde tanı konulup tedavi edilen hastalarda ikinci cerrahi gereksinimi anlamlı olarak daha düşüktür.	<0,001
İlk tedavi yöntemi	Başlangıç tedavisinde perkütan nefrostomi uygulanan hastalarda ikinci cerrahi gereksinimi daha yüksektir.	<0,001
Üreter darlığı	Takipte üreter darlığı gelişen hastalarda ikinci cerrahi gereksinimi belirgin olarak artmıştır.	<0,001
-	-	-

Jinekolojik Cerrahiye Bağlı İyatrojenik Üreter Yaralanmalarında İkinci Cerrahi Gereksinimi ile İlişkili Faktörler

SS-45) NADİR BİR OLGU BİLDİRİMİ: KOMPLET UZUN SEGMENT ÜRETER YARALANMASINDA TEK SEANSLIK TOTAL İLEAL ÜRETER SUBSTİTÜSYONU İLE BÖBREK KORUYUCU BAŞARILI BİR YAKLAŞIM

TAHA DÖNER(1) OYA BUDAK(1) MEHMET OĞUZ İPEK(1) EYÜP BURAK SANCAK(1) MURAT KOSAN(1)

1. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Üreteroskopiye bağlı komplet üreter yaralanmaları nadir görülmekle birlikte, tanıda gecikme ve başarısız rekonstrüktif girişimler sonrasında gelişen uzun segment fibrozis, böbreğin kaybına kadar ilerleyebilen en zor rekonstrüktif üroloji problemlerinden biridir. Özellikle hem üreteropelvik hem de üreterovezikal bileşkenin eş zamanlı obliterasyonu ve double-J stentin tamamen üreter dışına migrasyonu son derece nadir bir klinik tablodur. Bu olguda, primer rekonstrüksiyonun mümkün olmadığı kompleks uzun segment üreter yaralanmasının tek seansta gerçekleştirilen total ileal üreter substitüsyonu ile başarılı tedavisi sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

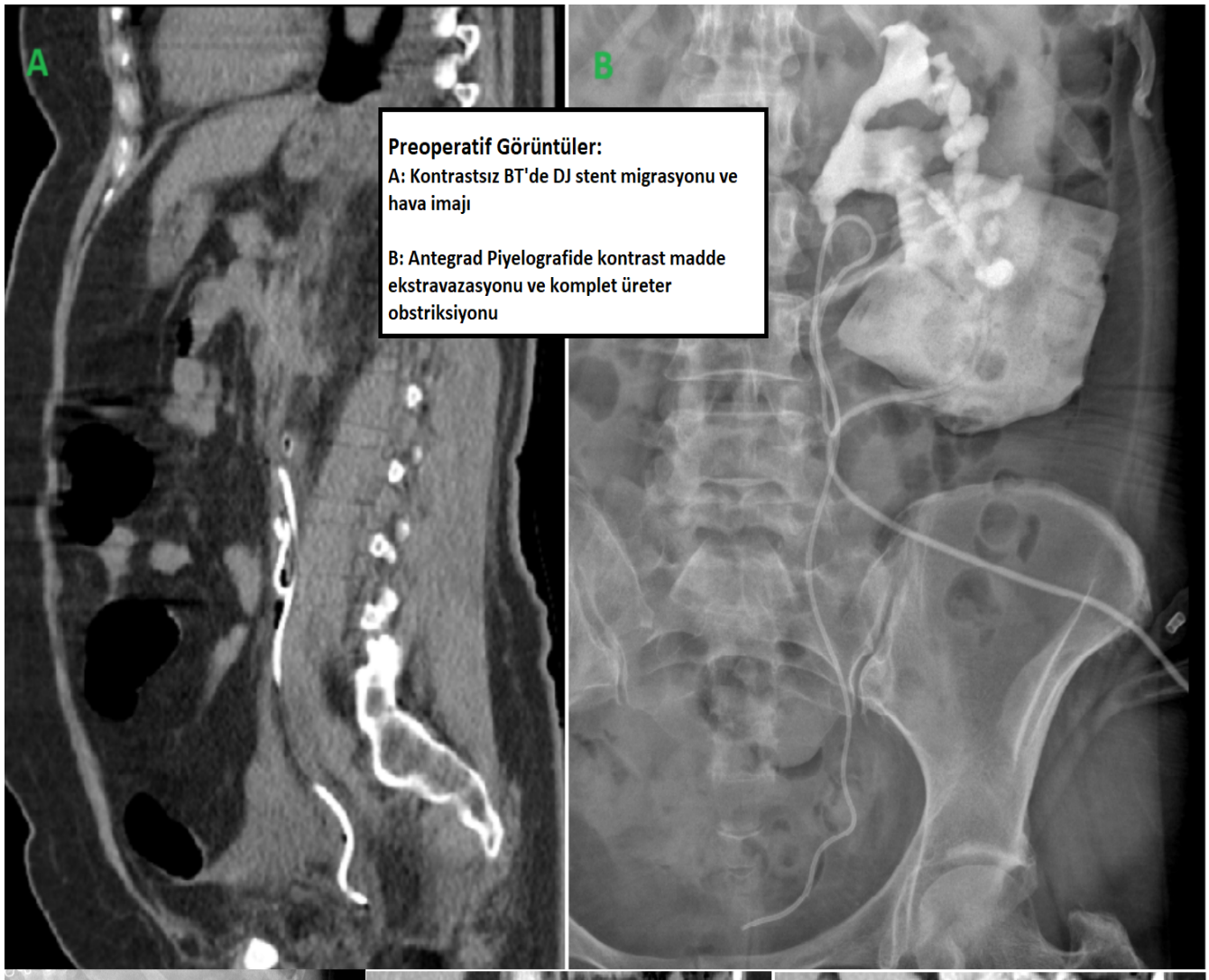
Elli dört yaşındaki kadın hasta, dış merkezde ardışık ESWL ve üreterorenoskopi sonrasında gelişen sol üreter yaralanması nedeniyle kliniğimize refere edildi. Yapılan görüntülemelerde retroperitoneal üriner ekstravazasyon, DJ stent migrasyonu ve proksimal üretere kontrast geçişinin olmadığı saptandı. Kombine retrograd ve antegrad endoskopik değerlendirmede üreteropelvik ve üreterovezikal bileşkede komplet obstrüksiyon olduğu görüldü. Açık eksplorasyonda renal pelvis ile mesane arasında tüm üreter boyunca ileri derecede fibrotik ve devaskülarize segment izlendi. Gerginliksiz primer rekonstrüksiyon mümkün olmadığından yaklaşık 25 cm izoperistaltik ileal segment kullanılarak renal pelvisten mesaneye total ileal üreter substitüsyonu gerçekleştirildi ve 6 Fr 26 cm DJ stent yerleştirildi.

BULGULAR

Peroperatif veya erken postoperatif majör komplikasyon gelişmedi. Nefrostomi dokuzuncu haftada, DJ stent dördüncü ayda çıkarıldı. Bir yıllık takipte serum kreatinin düzeyi normal sınırlarda seyretti, radyolojik olarak obstrüksiyon veya hidronefroz izlenmedi. İzlem sırasında gelişen iki febril üriner sistem enfeksiyonu intravenöz antibiyotik tedavisiyle başarıyla kontrol altına alındı. Metabolik asidoz, taş oluşumu, mukus obstrüksiyonu veya anastomoz darlığı gelişmedi.

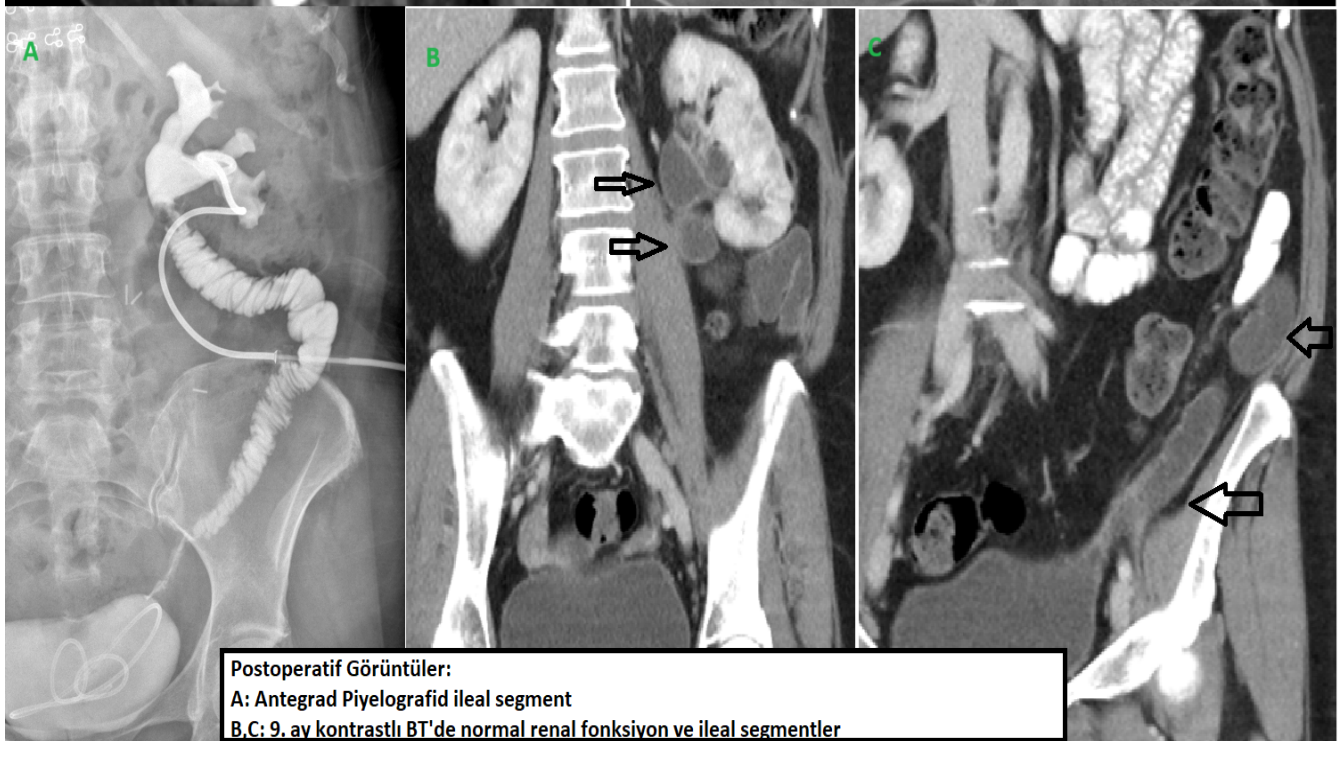
SONUÇ

Uzun segment devaskülarize üreter yaralanmalarında standart rekonstrüksiyon yöntemleri çoğu zaman yetersiz kalmaktadır. Sunulan olguda, renal pelvisten mesaneye kadar uzanan total ileal üreter substitüsyonu ile böbrek fonksiyonu korunmuş, kalıcı üriner drenaj sağlanmış ve nefrektomiden kaçınılmıştır. Bu olgu; başarısız endoürolojik girişimler sonrasında gelişen kompleks üreter yaralanmalarında, uygun hasta seçimi ve deneyimli rekonstrüktif cerrahi ile tek seansta ileal üreter substitüsyonunun güvenli ve etkili bir böbrek koruyucu seçenek olduğunu göstermektedir.



Preoperatif Görüntüler:
A: Kontrastsız BT'de DJ stent migrasyonu ve hava imajı

B: Antegrad Piyelografide kontrast madde ekstravazasyonu ve komplet üreter obstriksiyonu



Postoperatif Görüntüler:
A: Antegrad Piyelografid ileal segment
B,C: 9. ay kontrastlı BT'de normal renal fonksiyon ve ileal segmentler

SS-46) ÜRODİNAMİDE YAPAY ZEKA VE KLİNİSYEN UYUMU

KADİR EMRE BALTACI(1) BERK HAZIR(1) HAKAN BAHADIR HABERAL (1) ALPER GÖK(1) NAŞİDE MANGIR BOLAT(2)

1. ETLİK ŞEHİR HASTANESİ
2. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Bu çalışmada, ürodinami raporlarının yapay zeka ile ürolog arasındaki tanısal uyumu ve günlük pratikte kullanılabilirliği araştırıldı.

GEREÇ-YÖNTEM

Etlik Şehir Hastanesinde ürodinami yapılan, raporlarında dolum ve işeme fazı olan 111 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler anonimleştirilerek ve hasta anamnezleri olmaksızın ürodinami raporları 2 üroloji uzmanı tarafından değerlendirildi. Normal ürodinami, mesane çıkım obstrüksiyonu, izole detrüsor aşırı aktivitesi, obstrüksiyon ve aşırı aktivitenin olduğu miks tip, detrüsor hipokontraktilitesi/akontraktilitesi, yetersiz mesane kompliyansı ve değerlendirilemeyen/artefaktlı çekim olarak sonuçlar 7 ana grupta sınıflandırıldı ve referans olarak alındı. Teknik olarak işlemlerde EMG aktivitesine bakılamadığından detrüsor-sfinkter disenerjisi değerlendirilemedi. Yapay zeka olarak ChatGpt 5.5 Thinking ve Gemini 3.5 Flash kullanıldı. Anonimleştirilen ürodinami raporları klinik öykü ve ürologlar tarafından belirlenen nihai sonuçlar olmaksızın, 7 ana grupta belirlenen sınıflamaya uygun sonuç vermesi istenerek her iki program tarafından değerlendirildi. Yapay zekan sonuçları klinisyenler tarafından belirlenen sınıflamaya göre uyumlu ve uyumsuz olarak değerlendirildi. Verilerin analizinde SPSS version 24.0 kullanıldı.

BULGULAR

Klinisyenler tarafından ürodinamilerin 30'u (%27) mesane çıkım obstrüksiyonu, 23'ü (%20.7) yetersiz mesane kompliansı, 21'i (%18.9) detrüsör hipokontraktilitesi, 14'ü (%12.6) artefakt, 10'u (%9.0) normal ürodinamik bulgular, 7'si (%6.3) mikst tip bozukluk ve 6'sı (%5.4) izole detrüsör aşırı aktivitesi olarak sınıflandırılmıştır. Gemini, 111 olgunun 98'inde (%88.3), ChatGPT ise 71'inde (%64.0) referans tanı ile uyumlu sonuç vermiştir. İki yapay zeka modelinin sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, 69 olguda (%62.2) her iki modelin de referans tanı ile uyumlu, 11 olguda (%9.9) ise her iki modelin de uyumsuz olduğu görülmüştür. Modeller arasında farklı sonuç bulunan olguların 29'unda (%26.1) yalnızca Gemini, 2'sinde (%1.8) ise yalnızca ChatGPT referans tanı ile uyumlu sonuç vermiştir. Gemini'nin referans tanı ile uyum oranının ChatGPT'den istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).

SONUÇ

Çalışmamızda Gemini ürodinami değerlendirmesinde daha uyumlu görünmekle beraber yapay zeka modellerinin sürekli olarak güncellendiğini ve zamanla daha iyi sonuçlar verdiğini de unutmamak gerekir. Her iki model de ürolog değerlendirmesiyle uyum gösterebilecek ve tanısal değerlendirmeyi hızlandıracak yardımcı bir araç olarak kullanılabilir. Ancak nihai kararda her zaman klinisyenin görüşü vazgeçilmezdir.

-	_	ChatGPT (n,%)	__	Toplam	___
-	Uyumlu	Uyumsuz	-	Gemini (n,%)	Uyumlu
69 (62.2)	29 (26.1)	98 (88.3)	-	Uyumsuz	2 (1.8)
11 (9.9)	13 (11.7)	Toplam	-	71 (64)	40 (36)
111 (100)					

yazay zeka modeli ve klınisyen uyumu

SS-47) ÜRETRA DARLIĞINDA DİJİTAL RENK ANALİZİNİN YERİ ''RETROSPEKTİF BİR DEĞERLENDİRME''

BERKAY KILINÇKAYA(1) MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) ALPER EGE SARIKAYA(2) CANAN ALTAY(1) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1) AHMET ADİL ESEN(1)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Bu çalışmada, üretroplasti yapılan vakaların RÜG tetkiklerindeki Littre bezi dolumunu görsel olarak ve dijital renk analiziyle (E76) değerlendirdik. Elde edilen bu verilerin; hastaların darlık ve greft uzunlukları, greft ihtiyacı, nüks durumu ve Qmax değerleri gibi klinik parametrelerle ilişkisini karşılaştırmalı olarak incelemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2018-Aralık 2025 arasında üretroplasti yapılan 356 hastadan; anterior darlığı olan, pelvik fraktür ve hipospadias öyküsü bulunmayan 145 erkek (18-90 yaş) çalışmaya dahil edildi. Hastalar Littre (+) (n=30, %20.7) ve Littre (–) (n=115, %79.3) olarak gruplandırıldı. Analizlerde Mann-Whitney U, Pearson Ki-Kare, Fisher's Exact ve ROC testleri kullanıldı; $p < 0.05$ düzeyi anlamlı kabul edildi. Dijital renk analizleri Fiji (ImageJ) uygulamasıyla yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 177 hastanın medyan yaşı 62 (dağılım: 18-90), medyan VKİ değeri ise 26 (dağılım: 17-45) olarak saptandı.

Pre-op Qmax değerleri ile Littre (+) varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.(p=0.145 Tablo 1). Post-op Qmax ve Qmax değişimi değerlerinin Littre (+) grupta anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı (p=0.001, p=0.008 Tablo 1).

Littre (+) olgularda, pre-op ve intra-op ölçülen darlık uzunlukları ile bu iki ölçüm arasındaki uzunluk farkı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (p=0.001, p=0.005; Tablo 1).

Littre (+) hastaların tamamına (n=30) greft kullanıldı, Littre (–) grubun %77.4'üne (n=89) greft kullanıldı. Littre (+) ile greft ihtiyacı arasında anlamlı ilişki saptandı (p=0.002; Tablo 2). Kullanılan greft uzunluğu arasında anlamlı ilişki saptandı (p<0.001, Tablo 1). Kullanılan Greft uzunluğu Littre (+) grupta anlamlı olarak daha yüksekti (p< 0.001 Tablo 1).

Post-op nüks oranı Littre (+) grupta %36.7 (n=11) iken, Littre (–) grupta %15.7 (n=18) saptandı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.013; Tablo 1).

Littre (+) grupta nüks gelişen olguların E76 değerleri, nüks gözlenmeyenlere kıyasla anlamlı derecede düşük saptandı (p=0.042; Tablo 3). Nüks gelişimini öngörmede E76 parametresinin diagnostik performansını değerlendirmek amacıyla yapılan ROC analizi sonucunda; AUC değeri 0.727 olarak anlamlı bulundu (p=0.041; Resim 1).

Nüks öngörüsü için saptanan cut-off E76 değeri 7.42 (%72.7 sensitivite, %73.7 spesifite) olarak belirlendi (Resim 1).

Bu eşik değere göre yapılan gruplandırmada; E76<7.42 olan hastaların nüks oranı %61.5 (n=8) iken, E76>7.42 olanlarda bu oran %17.6 (n=3) olarak saptandı ve gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi (p=0.023; Tablo 2).

Yapılan risk analizinde, E76<7.42 olan olguların nüks geliştirme riskinin, bu değerin üzerinde olanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (RR:3.49, %95 CI, OR:7.46, p=0.023; Tablo 2).

SONUÇ

Üretroplasti cerrahisinde Littre (+) durumu; daha uzun segmentli kompleks darlıkların, yüksek greft gereksiniminin ve zayıf postoperatif ürodinamik sonuçların güçlü bir öncü göstergesidir. Postoperatif nüksü öngörmek amacıyla ilk kez bu çalışmada tanımlanan E76 modeli, klinisyene erken dönemde yön veren pratik, güçlü bir prediktif araçtır. Anterior üretra darlıklarının takibinde bu parametrelerin klinik kullanımı; yüksek riskli hastaların erken tespiti, takip protokollerinin kişiselleştirilmesi ve hasta yönetiminde rol alan yöntemdir.

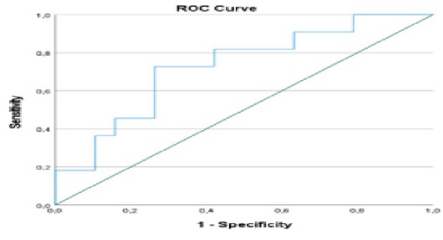
		Medyan (Minimum - Maksimum)		p
Littre		(-)	(+)	
Yaş		59 (18-87)	67.5 (30-79)	N/A
VKİ (kg/m2)		26 (17.0 - 45.0)	25.5 (22.0 – 33.0)	N/A
Pre-op Qmax (ml/sn)		4 (0 - 15.0)	3.35 (0.0 – 9.0)	0.145[a]
Post-op Qmax (ml/sn)		18.2 (1.1 - 61.9)	13.9 (1.0 – 28.4)	0.001[a]
Qmax değişimi (ml/sn)		16.2 (-8.4 – 53.7)	8.1 (-2.70 – 23.80)	0.008[a]
Pre-op uzunluk (cm)		3.0 (1 - 18.0)	4.0 (1.0 – 16.0)	0.001[a]
İntra-op uzunluk (cm)		4.0 (0.5 - 18.0)	7.0 (3.0 – 16.0)	0.001[a]
Uzunluk farkı (cm)		1.0 (-4.0 – 10.0)	1.0 (-1.0 – 9.0)	0.005[a]
Greft	**Yok**	26	0	0.002[b]
	Var	89	30	
Greft uzunluğu (cm)		4 (0.0 – 18.0)	7.50 (3.0 – 19.0)	0.001[a]
Nüks	**Yok**	97	19	0.013[b]
	Var	18	11	
ΔE76		65,87 (35.72 - 98.62)	7.87 (3.01-86.20)	0.001[a]

Tablo 1: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri (N = 145)

Delta 76 Grubu (Eşik: 7,42)	Hasta Sayısı (n)	Nüks Gözlenen (n=11, %)	P Değeri	RR
ΔE76<7.42	13	8(%72.7)	0.023[b]	3.49
ΔE76>7.42	17	3(%27.3)		

Tablo 2: Littre (+) hastalarda **ΔE76** modelinin nüks öngörüsündeki prediktif gücü

[a]Independent-Samples Mann-Whitney U Testi; [b] Pearson Chi-Square / Fisher's Exact Testi.



AUC: 0,727
p= 0,041
Cut off: 7,42 spesifite %73.7
Sensitivite %72.7

Resim1. ROC eğrisi

Nüks	Yok (n=19)	Var (n=11)	p
ΔE76 (medyan)	8,81	7,03	0.042

Tablo 3: Littre (+) hastalarda ΔE_{76} ile Nüks İlişkisinin Karşılaştırılması

SS-48) PERİNEOPLASTİNİN KADINLARDA VE ERKEK PARTNERLERİNDE CİNSEL FONKSİYON VE CİNSEL MEMNUNİYET ÜZERİNE ETKİLERİ

DENİZ GÜL(1) USAME SEVILI(2) HACI İBRAHİM ÇİMEN(2) RECEP BURAK DEĞİRMENTEPE(2) YUSUF ÖNDER ÖZSAĞIR(1) HASAN SALİH SAĞLAM(2) OSMAN KÖSE(2)

1. sakarya eğitim ve araştırma hastanesi, üroloji kliniği, sakarya
2. sakarya üniversitesi tıp fakültesi, üroloji anabilim dalı, sakarya

AMAÇ

Perineoplasti, kadın genital estetik cerrahisi kapsamında vajinal introitusu daraltmayı ve hem estetik hem de fonksiyonel iyileşme sağlamayı amaçlayan cerrahi bir işlemdir. Bu çalışmanın amacı, perineoplasti sonrasında kadınlarda ve erkek partnerlerinde cinsel fonksiyon ve cinsel memnuniyette meydana gelen değişiklikleri değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2023 ile Ocak 2026 tarihleri arasında perineoplasti uygulanan 34 hasta retrospektif olarak incelendi. Perineoplasti, stres üriner inkontinans nedeniyle cerrahi uygulanan ve aynı zamanda perineal cisimde bozulma olmuş olan ve Ap noktasında evre 2 posterior vajinal duvar prolapsusu bulunan hastalara uygulandı.
Hastaların demografik özellikleri ve ameliyat öncesi semptomları kaydedildi. Kadın cinsel fonksiyonu Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (Female Sexual Function Index, FSFI) ile, erkek cinsel fonksiyonu ise Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi (International Index of Erectile Function, IIEF) ile değerlendirildi. Cinsel memnuniyet Golombok-Rust Cinsel Memnuniyet Envanteri (GRISS) ile, genital öz algı ise Kadın Genital Öz İmaj Ölçeği (Female Genital Self-Image Scale, FGSIS) kullanılarak değerlendirildi. Tüm değerlendirmeler ameliyat öncesinde ve ameliyattan 6 ay sonra gerçekleştirildi.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 47,85 ± 6,30 yıl, ortalama vücut kitle indeksi ise 28,92 ± 3,61 kg/m² idi. Medyan doğum sayısı 3 (IQR: 2–4) olup hastaların %35,3'ü postmenopozal, %47,1'i sigara öyküsü, %5,9'unda diyabetes mellitus ve %20,6'sında hipertansiyon mevcuttu. Başlangıçta 7 hastada stres üriner inkontinans, 27 hastada ise stres baskın mikst üriner inkontinans mevcuttu. Cerrahi sonrasında disparoni oranı anlamlı şekilde azaldı (%82,4'e karşı %29,4; p<0,001). Perineoplasti sonrasında FSFI, GRISS ve FGSIS skorlarında anlamlı iyileşme saptandı (p<0,001). Benzer şekilde erkek partnerlerde de ameliyat sonrası IIEF ve GRISS skorlarında anlamlı düzelme gözlendi (p<0,001).

SONUÇ

Perineoplasti, genital anatomi ve görünümü iyileştirmenin yanı sıra, hem kadınlarda hem de erkek partnerlerinde cinsel fonksiyon ve cinsel memnuniyeti artırmaktadır.

-	Preoperatif	Postoperatif	p
Disparoni, n (%)	28 (%82,4)	10 (%29,4)	<0,001
FSFI, ortalama ± SS	24,36 ± 2,85	28,54 ± 2,57	<0,001
IIEF, ortalama ± SS	16,00 ± 3,11	19,74 ± 3,37	<0,001
Erkek GRISS, medyan (IQR)	3 (2–4)	2 (1–2)	<0,001
Kadın GRISS, medyan (IQR)	5 (4,75–6,25)	3 (3–4)	<0,001
FGSIS, medyan (IQR)	12 (10–13)	14,5 (12,75–16)	<0,001

Perineoplasti sonrası cinsel sonuçlardaki değişiklikler

2010

Ürolojik
Cerrahi
Derneği

VIDEO SUNUMLAR

VS-2) MAYO SEVİYE I TÜMÖR TROMBÜSÜNDE HİBRİD YAKLAŞIM: LAPAROSKOPİK SAĞ RADİKAL NEFREKTOMİ VE EL YARDIMLI KAVOTOMİSİZ TROMBÜS KONTROLÜ

ABDULMETİN ERGÜN(1) MURAT IŞITAN(2) MUHAMMED RAŞİT ŞEKER(1) MURAT GÜLŞEN(1) ŞABAN SARIKAYA(1)

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Samsun
2. Samsun Şehir Hastanesi Üroloji Kliniği , Samsun

AMAÇ

Sağ renal tümöre eşlik eden ve vena kava inferiora minimal uzanım gösteren Mayo Seviye I tümör trombüsünün; kavotomi yapılmaksızın, laparoskopik radikal nefrektomi ve Modifiye Gibson insizyonundan el yardımlı, milking tekniği ile yönetiminin sunulması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Altmış sekiz yaşında kadın hasta öksürük nedeniyle başvurduğu dış merkezde yapılan tetkiklerinde sağ böbrek üst polünde kitle görülmesi üzerine kliniğimize yönlendirilmiş. Tarafımızca yapılan kontrastlı bilgisayar tomografisinde sağ böbrek üst-orta kesim anterior parankimden köken alan renal sinüse doğru endofitik uzanım gösteren , karaciğere uzanıp indentasyon gösteren 62x50 mm tümör izlendi. Ayrıca sağ renal vende trombüs ve trombos orifis düzeyinde VCI lümenine fokal uzanım görüldü. Hastaya laparoskopik sağ radikal nefrektomi ve tümör trombektomi planlandı.

Genel anestezi altında 60 derece yan pozisyonda veress iğnesi ile pnömoperitoneum oluşturuldu. Sağ rektus kası lateralinden 12 mm optik port girildi. Görüntüleme eşliğinde 1 adet 10 mm ve 2 adet 5 mm çalışma portları girildi. Kolon mediale deviye edildi. Üreter hilusa doğru takip edilerek renal vene ve artere ulaşıldı. Hilus diseksiyonunda 1 renal arter ve 1 ven izlendi. İntraoperatif ultrason ile trombüsün renal ven vena cava sınırında olduğu izlendi. Böbrek tamamen serbestlendikten sonra sağ Modifiye Gibson insizyonundan sol el ile batına girildi. Hilus sol el ve laparoskopi yardımıyla vizüalize edildi. Trombüsün VCI lümeninden renal ven içerisine sağıldığı ve kava lümeninin trombüsten tamamen arındığı intraoperatif ultrason ile doğrulandı. Önce arter, ardından ven Hem-o-lok klipler ile tutuldu ve makas yardımı ile kesildi. Takiben üreter hem-o-lok ve metal klipler ile tutularak kesildi. Kanama kontrolünü takiben böbrek modifiye gibson insizyonundan 15 mm endobag içine alınarak sağ alt kadrandan tek parça halinde dışarıya alındı. Loja bir adet sump dren yerleştirildi. Sırası ile periton 3/0 emilebilir polifilaman sütur ile fasya 0 loop pds ile kapatıldı.

BULGULAR

İlk portun girişinden kitlenin vücut dışına çıkarılana kadar geçen süre 100 dakika, tahmini kan kaybı 100 mL ölçüldü. Takiplerinde postoperatif birinci gün sondası çekildi. Postoperatif ikinci gün dreni çekilerek taburcu edildi. Patolojisi yaygın rhabdoid diferansiyasyonlu şeffaf hücreli renal karsinom, cerrahi sınır negatif olarak raporlandı.

SONUÇ

Vena kava inferiora minimal uzanım gösteren Mayo Seviye I tümör trombüslerinde, uygun hasta seçimi ve dikkatli intraoperatif değerlendirme ile kavotomi yapılmaksızın hibrid cerrahi yaklaşım uygulanabilir. Laparoskopik böbrek mobilizasyonunun Gibson insizyonundan el yardımlı trombüs milking ve vasküler kontrol ile birleştirilmesi, trombüsün renal ven içine güvenli şekilde alınmasını ve nefrektomi materyaliyle birlikte en-blok çıkarılmasını kolaylaştırabilir. Bu yaklaşım, kaval insizyondan kaçınılmasının yanı sıra düşük kan kaybı, erken mobilizasyon ve kısa hastanede kalış süresi gibi minimal invaziv cerrahinin avantajlarını koruyabilir.

VS-3) İZOLE SAĞ SÜRRENAL METASTAZI OLAN HASTADA SAĞ NEFROÜRETEREKTOMİ SONRASI SEKONDER SAĞ LAPAROSKOPİK SÜRRENALEKTOMİ

MURAT AKGÜL(1) KAMİL KÜL(1) ÖMER FARUK ÖRNEK(2) MAZLUM ENDAKÇI(1) HASAN SAMET GÜNGÖR(1)

1. ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. HAKKARİ DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Transizyonel hücreli karsinom nedeniyle sağ laparoskopik nefroüreterektomi ve cuff eksizyonu uygulanan bir hastanın takiplerinde sağ sürrenal bezde izole kitlesel lezyon saptandı. İleri düzey batın içi adezyonları bulunan hastada gerçekleştirilen sağ laparoskopik sürrenalektomi olgusunu sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Elli dokuz yaşında, mesane kanseri (T1 high-grade) tanısı ile takip edilen ve BCG tedavisi alan hastanın izleminde sağ böbrek pelvisinde kitle saptanması üzerine 23.03.2023 tarihinde sağ laparoskopik nefroüreterektomi ve cuff eksizyonu uygulandı. Patolojik inceleme T3NXR0V0, cerrahi sınırlar negatif olarak raporlandı. Hastaya 4 kür adjuvan olarak gemsitabin-sisplatin tedavisi verildi. Takip FDG PET-BT görüntülemelerinde sağ sürrenal bezde izole 6,5 cm boyutunda (SUVmax: 17,9) hipermetabolik kitlesel lezyon saptandı ve ek metastatik odak izlenmedi. Multidisipliner üroonkoloji konseyinde değerlendirilen hastaya sağ sürrenelektomi önerildi.

BULGULAR

Hasta, dorsal litotomi pozisyonunda mesane sol orifis süperolateralinde izlenen 3 cm'lik lezyona transüretral rezeksiyon uygulandıktan sonra sol lateral dekübit pozisyonuna alındı. Uygun port yerleşimi sonrası ileri düzey batın içi adezyonlar, barsak hasarından kaçınılarak keskin ve künt diseksiyon ile ayrıldı. Sağ renal lojda yer alan barsak ansları cerrahi alandan uzaklaştırıldı. Karaciğer ile kitle arasındaki plan kapsül sınırından diseke edildi. Diseksiyon sırasında enerji kaynağı olarak ağırlıklı olarak Ligasure™ kullanıldı. Vena kava inferior ve sağ sürrenal ven ortaya konuldu. Sürrenal ven, vena kava bileşkesinden hem-o-lok kliplerle kontrol altına alındı ve adrenal bez onkolojik prensiplere uygun şekilde tamamen eksize edildi. Cerrahi alana dren yerleştirilerek operasyon sonlandırıldı. Hastanın mesane patolojisi T1 high-grade ve adrenal patolojisi papiller üretelyal karsinom metastazı olarak raporlandı. Hastaya postoperatif 6. haftada second-line intrakaviter BCG tedavisi başlandı. Post-operatif üçüncü ay FDG PET-BT kontrolünde metastatik bulgu izlenmedi.

SONUÇ

İzole sürrenal metastazı bulunan ürotelyal karsinom olgularında cerrahi yaklaşım tartışmalı olmakla birlikte, multidisipliner konsey kararları doğrultusunda planlanabilir. İleri düzey intraperitoneal adezyon varlığında, deneyimli merkezlerde sağ laparoskopik sürrenalektomi uygulanabilir minimal invaziv cerrahi yaklaşımlardandır.

VS-4) MESANE DİVERTİKÜLÜ ZEMİNİNDE GELİŞEN ENTERİK TİP ADENOKARSİNOMUN EŞLİK ETTİĞİ MULTİFOKAL ÜROTELYAL TÜMÖRLER: NADİR BİR OLGU SUNUMU

CEMİL AYDIN(1) BURAK ÇAĞLAR ÖZTÜRK(1) ABDULLAH ÇOLAKER(1) MUSTAFA SERDAR ÇAĞLAYAN(1) MUSA EKİCİ(1) ALPKON TORUN(1) METİN KIZGIN(1) AHMET TAŞCI(1) MUHAMMED EMİR ASLAN(1) MUHAMMET ŞÜKRÜ KARTA(1) MEHMET MURAT BAYKAM(1)

1. HİTİT ÜNİVERSİTESİ ÇORUM EROL OLÇOK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Mesane divertikülleri, muskularis propria tabakasının bulunmaması nedeniyle tümör gelişimi ve erken invazyon açısından riskli anatomik yapılardır. Bu zemin üzerinde gelişen mesane tümörleri sıklıkla ileri evrede tanı almakta ve farklı histopatolojik varyantlar gösterebilmektedir. Mesanenin primer enterik tip adenokarsinomları nadir görülmekte olup, noninvaziv papiller ürotelyal karsinom ve karsinoma in situ (CIS) ile birlikteliği oldukça enderdir. Bu bildiride, neoadjuvan kemoterapi sonrası laparoskopik radikal sistektomi+ileal loop uygulanan hastanın sistektomi patolojisinde çoklu histolojik komponentler saptanan bir olgu sunulmuştur.

GEREÇ-YÖNTEM

54 yaşında erkek hasta, Aralık 2024'te yapılan transüretral mesane rezeksiyonu sonrası T2 evre, mesane tabanından sol yan duvara uzanım gösteren yaklaşık 10 cm çapında tümör nedeniyle değerlendirildi. İlk histopatolojik değerlendirme küçük hücreli nöroendokrin karsinom lehine raporlandı. Bu doğrultuda hastaya 4 kür neoadjuvan kemoterapi (sisplatin + etoposit) uygulandı.

BULGULAR

Takiben hastaya laparoskopik radikal sistoprostatektomi, bilateral pelvik lenf nodu diseksiyonu ve ileal loop diversiyon uygulandı. Operasyon süresi 200 dakika, intraoperatif tahmini kanama miktarı 350 cc olarak kaydedildi. İntraoperatif muhtemel disektöre bağlı rektosigmoid bileşkede yaklaşık 1 cm açıklık saptandı ve onarıldı. Perioperatif ve erken postoperatif dönemde majör komplikasyon izlenmedi.

Radikal sistoprostatektomi materyalinin histopatolojik incelemesinde, mesane divertikülü çevresinde yerleşimli, iyi diferansiye enterik tip adenokarsinom saptandı. Tümörün en büyük çapı 1 cm olup muskularis propria invazyonu mevcuttu (pT2b). Buna eşlik eden olarak, divertikül yüzeyinde noninvaziv papiller ürotelyal karsinom alanları ve ürotelyal karsinom in situ (CIS) odakları izlendi. Hasta halen medikal onkoloji takibinde olup, kontrolleri normaldir.

Tüm cerrahi sınırlar ile sağ ve sol üreter cerrahi sınırları tümör negatif olarak raporlandı. Pelvik lenf nodu diseksiyonunda 8 adet sağ ve 7 adet sol eksternal iliak lenf nodu değerlendirilmiş olup, tamamı reaktif lenfadenopati ile uyumlu bulundu (pN0).

SONUÇ

Bu olgu, mesane divertikülü zemininde gelişen enterik tip adenokarsinomun, noninvaziv papiller ürotelyal karsinom ve CIS ile eş zamanlı görülmesi açısından nadir ve dikkat çekicidir. Neoadjuvan kemoterapi sonrası uygulanan radikal cerrahi ile cerrahi sınırların negatif olması ve lenf nodu metastazının saptanmaması, lokal kontrol ve prognoz açısından olumlu bulgular olarak değerlendirilmiştir. Olgu, mesane tümörlerinde histopatolojik heterojeniteyi ve multimodal tedavi yaklaşımının önemini vurgulaması nedeniyle sunulmaya değer bulunmuştur. Radikal sistektomi gibi ileri düzey ameliyatların laparoskopik olarak yapılması uzun dönem deneyimi gerektiren, hasta morbiditesini azaltan ve hastaların erken toparlanmasını sağlayan minimal invaziv bir yöntemdir.

VS-5) GÖRÜNTÜLEME İLE BENİGN, PATOLOJİ İLE AGRESİF: YÜKSEK DERECELİ ADRENAL FİBROSARKOM, LAPAROSKOPİK SÜRRENALEKTOMİ OLGUSU

CEMİL AYDIN(1) MUHAMMET ŞÜKRÜ KARTA(1) BURAK ÇAĞLAR ÖZTÜRK(1) MUHAMMED EMİR ASLAN(1) MUSA EKİCİ(1) ALPKON TORUN(1) AHMET TAŞCI(1) METİN KIZGIN(1) ABDULLAH ÇOLAKER(1) MUSTAFA GÜDER(1) MUSTAFA SERDAR ÇAĞLAYAN(1) MEHMET MURAT BAYKAM(1)

1. hitit üniversitesi erol olçok eğitim ve araştırma hastanesi

AMAÇ

Laparoskopik sürrenalektomi, adrenal kitlelerin tedavisinde minimal invaziv, morbiditesi düşük ve onkolojik açıdan etkin bir cerrahi yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu bildiride, sağ yan ağrısı ile başvuran, görüntüleme bulguları benign adenom ile uyumlu ve hormon inaktif adrenal kitle ön tanısı ile laparoskopik sürrenalektomi uygulanan; nihai patolojik incelemede sağ sürrenal gland komşuluğunda yerleşimli yüksek dereceli fibrosarkom (FNCLCC Grade 3) saptanan nadir bir olgu sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Yirmi altı yaşında kadın hasta, sağ yan ağrısı şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Manyetik rezonans (MR) görüntülemede sağ sürrenal bezde düzgün konturlu, iç yapısı hafif heterojen, yaklaşık 62×55 mm boyutlarında kitle lezyonu izlendi. Lezyonun T1 ve T2 ağırlıklı serilerde hipointens karakterde olduğu, out-of-phase sekanslarda ise belirgin sinyal kaybı gösterdiği saptandı ve bu bulgular öncelikle adenom lehine değerlendirildi.
Endokrinoloji bölümü ile konsülte edilen hastanın yapılan hormonal değerlendirmelerinde kitlenin hormon inaktif olduğu belirlendi. Hastanın özgeçmişinde hipotiroidi ve nörofibromatozis tanıları mevcuttu. Ayrıca hastanın, 2003 yılında pediatrik onkoloji tarafından rezistan düşük dereceli hipotalamik glial tümör tanısı aldığı ve bu nedenle radyoterapi tedavisi gördüğü öğrenildi. Klinik, radyolojik ve laboratuvar bulgular birlikte değerlendirilerek hastaya laparoskopik sağ sürrenalektomi planlandı.

BULGULAR

Uygun port yerleşimi (4 port) sonrası transperitoneal yaklaşımla operasyona başlandı. Karaciğer retraksiyonu sonrası sağ adrenal lojaya ulaşıldı. Vena kava inferior komşuluğundaki sağ adrenal ven dikkatlice diseke edilerek kliplenip kesildi. Adrenal kitle, çevre dokulardan keskin ve künt diseksiyon ile serbestleştirildi. Spesmen endobag içerisine alınarak çıkarıldı ve operasyon alanına dren yerleştirildi.
Operasyon süresi 73 dakika, ortalama kan kaybı yaklaşık 60 cc olarak hesaplandı. İntraoperatif ve peroperatif komplikasyon gelişmedi.
Postoperatif dönemde komplikasyon izlenmeyen hastanın dreni postoperatif 2. günde alındı ve hasta aynı gün taburcu edildi. Patolojik incelemede spesmenin sağ sürrenal gland komşuluğunda yerleşimli yüksek dereceli fibrosarkom (FNCLCC Grade 3) olarak raporlandı ve cerrahi sınırların negatif olduğu belirtildi. Hasta ileri tedavi ve takip planlaması amacıyla medikal onkoloji bölümüne yönlendirildi.

SONUÇ

Radyolojik olarak benign özellikler gösteren adrenal kitlelerde dahi, özellikle genç yaşta, nörofibromatozis ve çocukluk çağı radyoterapi öyküsü bulunan hastalarda nadir görülen malign mezenkimal tümörler ayırıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Laparoskopik sürrenalektomi, düşük kan kaybı, kısa operasyon süresi ve hızlı iyileşme süreci ile bu olgu grubunda güvenli ve etkili bir cerrahi yaklaşım sunmaktadır. Cerrahi sınırların negatif olması, uygulanan minimal invaziv cerrahi tekniğin onkolojik açıdan yeterliliğini desteklemektedir. Görüntüleme bulguları ile nihai patoloji arasındaki belirgin uyumsuzluk ve adrenal bölge yerleşimli yüksek dereceli fibrosarkomun son derece nadir görülmesi, sunulan olgunun literatüre katkı sağlayıcı nitelikte olduğunu düşündürmektedir.

VS-6) LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİDE KOMPLİKASYON YÖNETİMİ: İNTRAOPERATİF ONARIM TEKNİKLERİ VİDEO SERİSİ

İSMAİL ÖNDER YILMAZ(1) GÜRKAN TÜRKOĞLU(1) İBRAHİM ALKAN ÇELEN(1) MEHMET GÜRKAN ARIKAN(1) NEBİL AKDOĞAN(1) MUTLU DEĞER(1) VOLKAN İZOL(1)

1. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ

AMAÇ

Laparoskopik Radikal Prostatektomi sırasında gelişebilecek peroperatif komplikasyonların tanınması,uygun cerrahi onarım tekniklerinin gösterilmesi ve komplikasyon yönetimine yönelik pratik yaklaşımlarının video eşliğinde sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Laparoskopik radikal prostatektomi sırasında gelişen intraoperatif komplikasyonların tanınması ve yönetimine ilişkin cerrahi basamaklar, ameliyat kayıtları kullanılarak video formatında sunuldu. Videoda komplikasyonun fark edilmesi, uygun cerrahi onarım tekniğinin uygulanması, kullanılan sütür yöntemleri ile komplikasyonun güvenli şekilde kontrol altına alınmasına yönelik temel cerrahi prensipler ayrıntılı olarak gösterildi. Ayrıca komplikasyonun operasyonun devamına ve cerrahi sonuca etkisi değerlendirildi.

BULGULAR

İntraoperatif gelişen komplikasyonların tamamı laparoskopik olarak başarıyla tanındı ve uygun cerrahi teknik kullanılarak onarıldı. Açık cerrahiye geçiş gereksinimi olmadı.

SONUÇ

Laparoskopik Radikal Prostatektomide peroperatif komplikasyonlar deneyimli cerrahların elinde uygun tekniklerle güvenli şekilde yönetilebilir.Komplikasyonların erken fark edilmesi ve doğru onarım yöntemlerinin uygulanması cerrahi başarının sürdürülmesinde kritik öneme sahiptir.

VS-7) LAPAROSKOPİK SOL PARSİYEL NEFREKTOMİDE PREOPERATİF 3 BOYUTLU BT REKONSTRÜKSİYONUNUN CERRAHİYE KATKISI: VİDEO OLGU SUNUMU

ÖNDER YILMAZ(1) İBRAHİM ALKAN ÇELEN(1) GÜRKAN TÜRKOĞLU(1) MUTLU DEĞER(1) NEBİL AKDOĞAN(1) MEHMET GÜRKAN ARIKAN(1) VOLKAN İZOL(1)

1. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ

AMAÇ

Renal kitle tanılı hastaların preoperatif olarak yapılan görüntülemesinin kliniğimizde 3D hale getirip toplayıcı sistem ve kitleyi ayırt etmek amacı ile renkli hale getirilmesi hem endikasyon açısından hem de vakanın ilerleyişi açısından kolaylık sağlamaktadır.Bu video bildirimizde ise ‘’Laparoskopik Sol Parsiyel Nefrektomi’’ vakamızdan önce yapılan görüntüleme ile yapılan vakamızın teknik detaylarını sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu videoda, renal kitle nedeniyle laparoskopik parsiyel nefrektomi uygulanan olgularda üç boyutlu (3D) görüntüleme teknolojisinin cerrahi planlama ve intraoperatif yönlendirmedeki katkısı sunulmaktadır. Preoperatif bilgisayarlı tomografi görüntülerinden hastaya özgü üç boyutlu anatomik rekonstrüksiyon oluşturuldu. Elde edilen 3D model kullanılarak tümörün böbrek parankimi, segmental renal arterler, venöz yapılar ve toplayıcı sistem ile olan anatomik ilişkisi ayrıntılı olarak değerlendirildi. Cerrahi strateji, rezeksiyon sınırları ve vasküler kontrol planı bu model doğrultusunda belirlendi.

BULGULAR

Üç boyutlu görüntüleme, tümörün renal vasküler yapılar ve toplayıcı sistem ile anatomik ilişkisini ayrıntılı olarak ortaya koyarak preoperatif cerrahi planlamaya katkı sağladı. Operasyon planlandığı şekilde tamamlandı ve parsiyel nefrektomi başarıyla gerçekleştirildi. İntraoperatif dönemde majör komplikasyon gelişmedi. Cerrahi sınırlar negatif olarak değerlendirildi ve renal parankim korunarak güvenli tümör rezeksiyonu sağlandı. Hastanın postoperatif seyri sorunsuz olup taburculuk süreci komplikasyonsuz tamamlandı.

SONUÇ

Preoperatif yapılan görüntülemesinin 3D hale getirilip renklendirilmesi sonucunda kitlenin yeri,toplayıcı sisteme invazyonu ve vasküler yapılanmasının detaylı incelenmesinin ardından başarılı bir şekilde cerrahisi gerçekleşti.

VS-8) SAĞ BÖBREK KİTLESİ OLAN HASTADA EL PORTU İLE LAPAROSKOPİK SAĞ PARSİYEL NEFREKTOMİ

VOLKAN ÇAĞLAYAN(1) MEHMET DOĞAN(1) ERHAN SARI(1) ALPER NESİP MANAV(1) UĞUR AKGÜN(1) SEDAT ÖNER(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Bu videoda laparoskopik parsiyel nefrektomiyi el portu yardımı ile güvenli şekilde yapılabildiğini göstermeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

58 yaş erkek hasta insidental saptanan sağ böbrek kitlesi ile tarafımıza başvurdu. Sağ böbrek orta kesim anterolateralde 2,5 cm kitle görüldü. Toraks bt çekildi metastaz saptanmadı. Hastaya sağ parsiyel nefrektomi planlandı.

BULGULAR

Genel anestezi altında sol yan pozisyonda uygun saha arıtımı ve örtünmeyi takiben spina iliaca anterior superiorun superior- medialinden 7-8 cm kesi ile el portunun geçeceği kadar açıklık oluşturulacak şekilde batın katları açıldı ardından alis yerleştirilerek port takıldı. Gaz ile batın şişirildikten sonra 3 adet daha port yerleştirildi. Sol el batında olacak şekilde kolon medialize edildi ardından sağ üreter bulundu, kılavuzluğunda böbrek ve pediküle ulaşıldı. Renal artere 2 adet buldog klemp konarak, sağ böbrek orta poldeki kitle yeterli parankim parçası ile çıkarılıp geri kalan açıklık 2/0 ve 0 v-lock sütürlerle dikildi. Buldog klempler alınarak kanama olmadığı görüldü. Loja 1 adet nelaton dren kondu. kitle el portu bölgesinden vücut dışına alındı. Kanama kontrolünü takiben katlar usule uygun olarak kapatıldı.
Patoloji sonucu ‘’Berrak Hücreli Renal Hücreli Karsinom’’ geldi.

SONUÇ

El portu ile laparoskopik parsiyel nefrektomi güvenle uygulanabilir.

VS-9) ÇAPRAZ FÜZYONLU EKTOPİK BÖBREKTE KİTLE NEDENİYLE LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ: OLGU SUNUMU

HASAN BERK ULAŞLI(1) ALİCAN KÖK(1) CAFER MERT ÖDEN (1) DENİZ BOLAT(1)

1. İZMİR ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

.

GEREÇ-YÖNTEM

Çapraz füzyonlu ektopik böbrek, böbreklerden birinin karşı tarafa göç ederek diğer böbrekle füzyon oluşturduğu nadir konjenital anomalidir. Olgular çoğunlukla insidental saptanmakta olup üriner enfeksiyon, taş hastalığı, obstrüksiyon veya abdominal ağrı ile karşımıza çıkabilir [1,2]. Bu anatomide renal hücreli karsinom gelişimi oldukça nadirdir ve literatürdeki deneyim sınırlı sayıda olgu bildirimi ile sınırlıdır [3-6]. Değişken vasküler yapı ve anormal rotasyon nedeniyle renal tümör cerrahisi standart olgulara göre daha dikkatli planlama gerektirir [1,7]. Bu bildiride, çapraz füzyonlu ektopik böbrekte kitle nedeniyle laparoskopik parsiyel nefrektomi uygulanan olgu sunulmuştur.

Karın ağrısı nedeniyle değerlendirilen erkek hastanın kontrastlı BT'de sağ böbrek posteriorunda ekzofitik yerleşimli, 46×29 mm boyutunda Bosniak tip III özellikte kistik renal kitle izlendi. Görüntüleme bulguları sağ tarafta yerleşimli çapraz füzyonlu ektopik böbrek ile uyumlu değerlendirildi. Uzak metastaz lehine bulgu saptanmadı. Tümörün RENAL nefrometri skoru 9p ve PADUA skoru ise 7p olarak hesaplandı.

Hastaya transperitoneal laparoskopik parsiyel nefrektomi uygulandı. Toldt hattı mobilize edilip üreter bulundu. Renal pedikülün böbreğe yukardan giriş yaptığı görüldü. Ardından üst pol posterior yerleşimli yaklaşık 4 cm çapındaki kitle ortaya konuldu. Gerota fasyası açılarak tümör-parankim sınırı belirlendi. Renal arter bulldog klemp ile geçici olarak kontrol altına alındı ve tümör soğuk makas yardımıyla eksize edildi. Renorafi 2/0 V-Loc sütür ile tamamlandı. Sıcak iskemi süresi 12 dakika olarak kaydedildi. Peroperatif majör komplikasyon gelişmedi.

Patolojik incelemede 3,5×3,2×3 cm boyutunda berrak hücreli renal hücreli karsinom saptandı. Tümör Fuhrman derece 1 olarak raporlandı. Lenfovasküler invazyon, tümör nekrozu ve perirenal yağ doku invazyonu izlenmedi. Parankimal ve kapsüler cerrahi sınırlar negatif görüldü. Bulgular pT1a evre ile uyumlu değerlendirildi. Postoperatif seyri sorunsuz olan hasta altıncı ay görüntüleme kontrolü planlanarak izleme alındı.

Çapraz füzyonlu ektopik böbrekte renal tümör cerrahisinin temel zorluğu, böbreğin beklenmeyen yerleşimi, rotasyon anomalisi ve değişken damar anatomisidir. Bu nedenle preoperatif kesitsel görüntüleme ve mümkün olduğunda vasküler anatominin ayrıntılı değerlendirilmesi cerrahi güvenlik açısından önemlidir [1,7]. Literatürde çapraz füzyonlu ektopik böbrekte RCC için açık, laparoskopik ve nefron koruyucu yaklaşımlar bildirilmiştir [3-6]. T1 renal kitlelerde teknik olarak mümkün olduğunda parsiyel nefrektomi güncel kılavuzlarda önerilen yaklaşımdır [8]. Olgumuzda RENAL nefrometri skoru 9 olup tümör orta kompleksite grubunun üst sınırında değerlendirilmiştir [9,10]. Buna rağmen laparoskopik parsiyel nefrektomi 12 dakikalık sıcak iskemi süresi ile tamamlanmış, negatif cerrahi sınır elde edilmiş ve olumsuz patolojik prognostik özellik saptanmamıştır. Bu sonuç, kompleks renal füzyon anomalilerinde uygun hasta seçimi ve dikkatli cerrahi planlamayla nefron koruyucu cerrahinin uygulanabilir olduğunu desteklemektedir.

BULGULAR

.

SONUÇ

Çapraz füzyonlu ektopik böbrekte gelişen renal hücreli karsinom oldukça nadirdir. Orta-yüksek cerrahi kompleksiteye rağmen ayrıntılı preoperatif değerlendirme ve deneyimli cerrahi ekip ile laparoskopik parsiyel nefrektomi güvenli ve etkili bir tedavi seçeneği olarak uygulanabilir.

VS-10) LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI GELİŞEN REKTOÜRETRAL FİSTÜLÜN BASAMAKLI CERRAHİ YÖNETİMİ:OLGU SUNUMU

ABDULLAH GÖLBAŞI(1) MERT ALİ KARADAĞ(1) SALİM TOZAN(1)

1. KAYSERİ ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Radikal prostatektomi, lokalize prostat kanserinin küratif tedavisinde standart cerrahi yöntemlerden biridir. Laparoskopik cerrahinin yaygınlaşması perioperatif morbiditeyi azaltmış olsa da rektal yaralanmaya bağlı rektoüretral fistül nadir fakat ciddi bir komplikasyon olarak görülmektedir. Bu çalışmada laparoskopik radikal prostatektomi sonrası geç dönemde gelişen rektoüretral fistülün tanı süreci ve çok aşamalı cerrahi yönetimi sunulmuştur.

GEREÇ-YÖNTEM

Radikal prostatektomi sonrası gelişen rektoüretral fistülün tanı, tedavi ve takip süreci retrospektif olarak değerlendirildi. Tanıda fistülün varlığı ve lokalizasyonunu belirlemek amacıyla kontrastlı görüntüleme yöntemleri ile kolonoskopi ve sistoskopi kullanıldı. Persistan fistül varlığında multidisipliner yaklaşım ile transanal minimal invaziv cerrahi (TAMIS) eşliğinde cerrahi onarım uygulandı.

BULGULAR

62 yaşında erkek hasta, prostat spesifik antijen (PSA) düzeyinin 5,32 ng/mL olması üzerine yapılan multiparametrik prostat manyetik rezonans görüntülemesinde PIRADS 3 lezyon saptanması sonrası transrektal prostat biyopsisi ile Gleason 3+3 prostat adenokarsinomu tanısı aldı. Hastaya laparoskopik radikal prostatektomi uygulandı. Postoperatif dönemde erken komplikasyon gelişmeyen hasta, 21. günde üriner kateterinin çekilmesi amacıyla kontrole çağrıldı. Operasyondan yaklaşık dört hafta sonra pnömatüri ve rektumdan idrar gelmesi şikayetleri ile tekrar başvurdu. Tanısal değerlendirme amacıyla BT sistografi, rektal kontrastlı görüntüleme, sistoskopi ve kolonoskopi uygulandı. Kolonoskopide rektumun distalinde olası fistül ağzı izlenmesi üzerine konservatif yaklaşım kapsamında üriner kateterizasyon ve fekal diversiyon amacıyla kolostomi planlandı. Kolostomi sonrası yapılan kontrol BT sistogram incelemelerinde posterior hatta kontrast ekstravazasyonunun devam ettiği izlendi. Persistan fistül nedeniyle multidisipliner değerlendirme sonucunda hastaya açık rektoüretral fistül onarımı ve TAMIS eşliğinde primer rektum onarımı uygulandı. Operasyon sonrası 30. günde üriner kateter çekildi ve takiplerinde üriner veya gastrointestinal semptom izlenmedi. Altmışıncı günde kolostomi kapatıldı. İzlem sürecinde hastada fistül nüksü ya da ek onkolojik tedavi gereksinimi saptanmadı.

SONUÇ

Radikal prostatektomi sonrası rektoüretral fistül nadir fakat ciddi bir komplikasyondur. Persistan olgularda üriner ve fekal diversiyon sonrası yapılan primer cerrahi onarım etkili bir tedavi seçeneği olup multidisipliner yaklaşım tedavi başarısını artırmaktadır.

VS-11) TAMAMEN ENDOFİTİK YERLEŞİMLİ RENAL KİTLESİ OLAN HASTADA İNTRAOPERATİF USG YARDIMIYLA PARSİYEL NEFREKTOMİ PROSEDÜRÜ

ABDULLAH ERDOĞAN(1) SERDAR GEYLAN(1) KAAN YILDIZ(1) İSMAİL ÇAKIRTAŞ(1) GÜNGÖR ARIÇ(1) SEDAT ÖNER(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Sol böbrek orta zon lateral kesimde 2x2 cm büyüklüğünde endofitik yerleşimli kitlesi olan olan hastaya renal eksplorasyon planlandı. Bu videoda tamamen endofitik yerleşimli kitlenin intraoperatif USG yardımıyla bulunup nefron koruyucu cerrahi ile eksizyonunu sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

57 yaşında kadın hasta, dış merkezde sol yan ağrısı nedeniyle çekilen kontrastlı batın MRG'de sol böbrek orta zon lateralde 2x2 cm boyutunda heterojen kontrastlanan lobüle konturlu difüzyon kısıtlayan, perinefrik yağlı dokularda kirliliği yol açan, malignite şüphesi uyandıran yumuşak doku lezyonu tespit edilmesi üzerine tarafımıza yönlendiriliyor. Yapılan böbrek biyopsisi sonucu berrak hücreli RCC gelmesi üzerine hastaya laparoskopik sol renal eksplorasyon planlandı. Laboratuvar incelemesinde preoperatif hemoglobin düzeyi 14,1 g/dL, serum kreatinin değeri 0,51 mg/dL ve glomerüler filtrasyon hızı 105,8 mL/dk/1,73 m² olarak saptandı.

BULGULAR

Genel anestezi altında sağ yan pozisyonda uygun saha arıtımı ve örtünmeyi takiben veres iğnesi ile batına girildi. Yeterli pnömoperitoneum oluşturulduktan sonra 4 adet port batına kondu. Kolon medialize edilerek sol üreter bulundu, kılavuzluğunda böbrek ve pediküle ulaşıldı. Renal arter çevresi diseke edilerek renal arter serbestleştirildi ve damar askısıyla işaretlendi. Perirenal yağ doku diseke edilerek intraoperatif USG yardımıyla renal kitle bulundu ve sınırları işaretlendi. Renal artere bulldog klemp konduktan sonra, daha önce işaretlenmiş olan sol böbrek orta zon lateraldeki kitle sıcak iskemi altında yeterli cerrahi sınır bırakılarak parsiyel nefrektomi ile eksize edildi ve endobag ile vücut dışına alındı. Tümör yatağı iki katlı renorafi tekniği ile 2/0 ve 0 V-lock sütürler kullanılarak kapatıldı. Bulldog klemp kaldırılarak hemostazın yeterli olduğu görüldü. Sıcak iskemi süresi 21 dakika olarak kaydedildi. Operasyon sahasına bir adet dren kondu. Kanama kontrolünü takiben katlar anatomik planda kapatıldı.

SONUÇ

Toplam operasyon süresi 110 dk olup tahmini kan kaybı 150 ml olarak kaydedildi. Postoperatif dönemde hastanın hemoglobin değeri 12,2 g/dL, serum kreatinin düzeyi 0,71 mg/dL ve glomerüler filtrasyon hızı 93,5 mL/dk/1,73 m² olarak saptandı. Postoperatif 3. günde dren çekildi ve hasta komplikasyon gelişmeden postoperatif 4. günde taburcu edildi. Kitlenin patolojisi berrak hücreli RCC, evre T1a, Histolojik Grade (WHO/ISUP Grade) G2 olarak geldi. Cerrahi sınırlarda tümör izlenmedi. Tamamıyla endofitik yerleşimli renal kitlesi olan hastada laparoskopik parsiyel nefrektomi sırasında intraoperatif USG kullanımı komplikasyon riskini azaltarak kitleye ulaşmada ve cerrahi sınırı gözeterek kitlenin eksize edilmesinde yardımcı olmaktadır.

VS-12) MULTİFOKAL RENAL KİTLEDE LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ YAKLAŞIMI

RİFAT TEKELİ(1) ÜMİT ÖZDEMİR(1) MEHMET BUĞRA MERMER(1) AHMET SÜHEYL ÖZYEŞİL(1) YUNUS EMRE GÖGER(1)

1. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Multifokal renal hücreli karsinomlu genç hastalarda nefron koruyucu cerrahi, uzun dönem renal fonksiyonun korunması açısından kritik öneme sahiptir. Bu olgu sunumunda, sağ böbrekte aynı segmentte iki ayrı odakta tümör saptanan genç bir hastada uygulanan laparoskopik parsiyel nefrektomi deneyimimizin ve erken dönem fonksiyonel ile onkolojik sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Otuz üç yaşında kadın hasta, aralıklı sağ yan ağrısı nedeniyle değerlendirildi. Kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografide sağ böbrek alt polde aynı segment içerisinde 5 cm çapında ekzofitik solid kitle ve komşuluğunda 2 cm çapında ikinci solid lezyon saptandı. Radyolojik bulgular renal hücreli karsinom ile uyumlu olarak değerlendirildi ve uzak metastaz izlenmedi. Preoperatif kreatinin değeri 0,8 mg/dL, hemoglobin düzeyi 12,3 g/dL idi. Hastanın genç yaşta olması, normal karşı böbrek fonksiyonu ve nefron koruma gerekliliği nedeniyle laparoskopik parsiyel nefrektomi planlandı. Aynı seansta her iki lezyon eksize edilerek cerrahi sınırlar değerlendirildi.

BULGULAR

Operasyon laparoskopik olarak başarıyla tamamlandı. İntraoperatif veya erken postoperatif dönemde majör komplikasyon gelişmedi. Postoperatif kreatinin değeri 1,01 mg/dL, hemoglobin düzeyi 11,4 g/dL olarak ölçüldü. Histopatolojik incelemede her iki odakta da ISUP Grade 2 berrak hücreli renal hücreli karsinom saptandı ve cerrahi sınırlar negatif olarak raporlandı. Hasta sorunsuz şekilde taburcu edildi.

SONUÇ

Multifokal renal hücreli karsinomlu genç hastalarda uygun cerrahi planlama ile laparoskopik parsiyel nefrektomi güvenli ve etkin bir tedavi seçeneğidir. Bu yaklaşım, onkolojik prensiplerden ödün vermeden renal fonksiyonun korunmasına olanak sağlamaktadır. Negatif cerrahi sınırlar ve minimal kreatinin değişimi, nefron koruyucu cerrahinin multifokal olgularda da başarılı şekilde uygulanabileceğini göstermektedir.

VS-13) PAPİLLER RENAL HÜCRELİ KARSİNOM VE HİPERTANSİF KRİZE NEDEN OLAN İNTERAORTOKAVAL PARAGANGLİOMANIN EŞ ZAMANLI CERRAHİ TEDAVİSİ

HACI MURAT AKGÜL(1) MEHMET SENCER SÖZEN(1) ÖMER FARUK ÖRNEK(2) ALİ SELİM DURMAZ(1) HASAN SAMET GÜNGÖR(1)

1. ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. HAKKARİ DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Preoperatif dönemde renal kitle ile birlikte nonspesifik lenf nodu olduğu düşünülen lezyon eksize edilirken hipertansif atak gerçekleşmiş ve lenf nodu düşünülen yapının nihai patolojisi paraganglioma olarak rapor edilmiştir. Paragangliomalar, otonom sinir sisteminin ekstraadrenal kromaffin hücrelerinden köken alan nadir nöroendokrin tümörlerdir. Renal hücreli karsinom ile senkron görülmeleri oldukça nadirdir ve cerrahi yönetim, özellikle büyük damar komşuluğunda yerleşen fonksiyonel lezyonlarda teknik açıdan güçlük oluşturabilir. Bu olgu sunumunda, insidental olarak saptanan papiller renal hücreli karsinom ile interaortokaval paragangliomanın eş zamanlı cerrahi tedavisi ve intraoperatif yönetiminin sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Altmış iki yaşında kadın hasta hipertansiyon etiyolojisinin araştırılması sırasında yapılan manyetik rezonans görüntülemede sol böbrek alt polünde 17×17 mm boyutunda renal hücreli karsinom ile uyumlu solid kitle ve interaortokaval alanda pankreas başı ile duodenumu anteriora deplase eden 47×44 mm boyutunda şüpheli lezyon (lenf nodu?) saptanması üzerine üroloji konseyinde değerlendirildi. Hastaya eş zamanlı laparoskopik sol parsiyel nefrektomi ve interaortokaval kitle eksizyonu planlandı. Operasyon sırasında renal kitle başarıyla laparoskopik olarak eksize edildi. İnteraortokaval kitlenin laparoskopik olarak diseksiyonu yapıldı ancak tekrarlayan ciddi hipertansif ataklar ve vena kavaya yakın komşuluğu nedeniyle açık cerrahiye geçilmesi kararı alındı ve kitle güvenli şekilde kısa sürede tamamen eksize edildi.

BULGULAR

Parsiyel nefrektomi sırasında cerrahi komplikasyon gelişmedi. Patolojik incelemede renal kitlenin ISUP derece 2 papiller renal hücreli karsinom (pT1a, cerrahi sınırlar negatif) olduğu saptandı. İnteraortokaval kitlenin ise kromogranin ve sinaptofizin pozitif, Ki-67 proliferasyon indeksi <%1 olan ekstraadrenal paraganglioma olduğu belirlendi. PASS skoru 0 olarak raporlandı ve benign biyolojik davranış ile uyumlu bulundu. Hastanın postoperatif dönemi sorunsuz seyretti, renal fonksiyonları korundu ve takip görüntülemelerinde lokal nüks veya rezidü hastalık saptanmadı.

SONUÇ

Renal hücreli karsinom ile interaortokaval paragangliomanın senkron birlikteliği nadir görülür. Özellikle büyük damar komşuluğundaki paragangliomalarda intraoperatif hipertansif krizler ve kompleks vasküler anatomi cerrahi stratejiyi değiştirebilir. Gerektiğinde laparoskopiden açık cerrahiye zamanında geçilmesi hasta güvenliği ve rezeksiyon açısından önem taşımaktadır.

VS-14) T4 PROSTAT CA HASTADA NEOADJUVAN TEDAVİ SONRASI ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ+BİLATERAL LENF NODU DİSEKSİYONU

ŞABAN KADİR KÖLELİ(1) MUSTAFA GÜLMEN(1) EMRE ALTINTAŞ(1) MUSTAFA SERTAÇ YAZICI(2) SERDAR GÖKTAŞ(1)

1. SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

T4 EVRE PROSTAT CA HASTASINDA NEOADJUVAN TEDAVİ SONRASI ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ+BİLATERAL LENF NODU DİSEKSİYONU PLANLANDI

GEREÇ-YÖNTEM

58 YAŞ ERKEK HASTA,PSA:52 İLE TARAFIMIZA BAŞVURDU. ÇEKİLEN MPMR GÖRÜNTÜLEMEDE SAĞ APEKSTE 45MM PİRADS5 LEZYON MEVCUTTU. PROSTAT 70CC İDİ. YAPILAN KOGNİTİF BİYOPSİ 12KD GLEASON 5+5, 3 KD GLEASON 4+4 1 KD GLEASON 5+3 ŞEKLİNDE SONUÇLANDI. EVRELEME TETKİKİ OLARAK YAPILAN PSMA PET: MEDİASTENDE PARAÖZAFAGİAL VE BATINDA METASTATİK LENF NODU VE SAĞ SEMİNAL VEZİKÜLDE METASTAZ ŞEKLİNDE GELDİ.ISUP 5 VE D'AMİCO:YÜKSEK RİSK OLARAK DEĞERLENDİRİLDİ.

BULGULAR

HASTA 6 DOZ NEOADJUVAN DOSETAKSEL+DARALUTAMİD+LÖPROLİD ASETAT KOMBİNASYONU İÇEREN TEDAVİ ALDI.PREOP PSMA:METASTATİK LEZYON GÖZLENMEDİ. VE PREOP PSA:<0,03 OLARAK OPERASYONA ALINDI

SONUÇ

ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ+BİLATERAL LENF NODU DİSEKSİYONU UYGULANDI.
PATOLOJİ:GLEASON 4+4 (%2) VE CERRAHİ SINIR NEGATİF OLARAK GELDİ
(DUKTAL,İNTRADUKTAL VE ASİNER KOMPONENTLER MEVCUT ŞEKLİNDE)

VS-15) ANTERİOR RETZİUS KORUYUCU LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ: ERKEN KONTİNANS AVANTAJINI GÖSTEREN VİDEO SUNUM

İLKE ONUR KAZAZ(1) FATİH ÇOLAK(1) ABDULLAH HARUN BAYRAM(1) GÖKTUĞ ATNALLAR(1) RASİN ÖZYAVUZ(1)

1. KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, TRABZON

AMAÇ

Anterior Retzius koruyucu laparoskopik radikal prostatektomi işlemi o kliniğimizde rutin olarak uygulanabilmektedir. Kontinans ile ilgili sonuçlarının daha iyi olduğu yönünde izlenim bırakan bu yöntemi bir video bildiri olarak sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Prostat spesifik antijen (PSA) yüksekliği nedeniyle transrektal iğne biyopsisi planlanan ve patoloji sonucu Gleason skoru 3+3 (ISUP 1) olarak raporlanan 67 yaşındaki erkek hastaya anterior retzius koruyucu laparoskopik radikal prostatektomi işlemi planlandı.

Hasta supin pozisyonda 30° Trendelenburg pozisyonuna alındı. Umbilikus superiorundan Hasson tekniği ile intraperitoneal alana girilerek 12 mm kamera portu yerleştirildi. Sağ tarafa bir adet 5 mm, sol tarafa bir adet 5 mm ve bir adet 10 mm trokar olmak üzere toplam dört trokar yerleştirildi. Karın içi basınç 15–17 mmHg arasında tutuldu.

Mesane boynu korunarak prostat disseksiyonu tamamlandı. Üretra kesilerek prostat çıkarıldı. Ardından bilateral pelvik lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Üretra-mesane anastomozu 3/0 V-Loc sütür ile Von Velthofen tekniği kullanılarak gerçekleştirildi ve anastomoz hattında kaçak izlenmedi. Operasyon süresi 120 dakika olarak kaydedildi.

BULGULAR

Postoperatif dönemde 2. günde dren çekildi ve hastaya 7 gün süreyle üretral kateterizasyon uygulandı. Sistogramda anastomoz hattında kaçak izlenmemesi üzerine kateter çekildi. Hastaya pelvik taban egzersizleri (Kegel) öğretildi.

Kateter çekimi sonrası yapılan erken ve geç dönem ped testlerinde kontinansın tam olduğu (negatif) gözlendi.

Histopatolojik incelemede Gleason 3+3 prostat adenokarsinomu ve reaktif lenf nodları saptandı (pT2N0M0).

SONUÇ

Anterior Retzius koruyucu laparoskopik radikal prostatektomi, anterior destek yapıların korunması sayesinde erken dönem üriner kontinansın sağlanmasında avantaj sağlayan güvenli ve etkili bir cerrahi yöntemdir. Bu olguda kateter çekimi sonrası erken ve geç dönemlerde tam kontinans elde edilmesi, yöntemin fonksiyonel sonuçlar açısından literatürle uyumlu olduğunu desteklemektedir.

VS-16) EVRE IIA SEMİNOM HASTASINDA TEK DOZ ADJUVAN KARBOPLATİN SONRASI SOL EKSTERNAL İLİAK NÜKS: DAVİNCİ SP (SİNGLE-PORT) MİNİMAL İNVAZİV RPLND YAKLAŞIMI

AHMET GÜRBÜZ(1) UMUT CAN KARAARSLAN(1) ŞEVVAL MEŞE(1) YAKUP KORDAN(1)

1. KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI,İstanbul

AMAÇ

inguinal orşiektomi ile seminom saptanan ve adjuvan tek doz karboplatin tedavisi uygulanan olgularda retroperitoneal lenf nodu nüksleri nadir de olsa görülebilmektedir. Bu video bildiride, adjuvan karboplatin sonrası eksternal iliak bölgede nüks saptanan ve daVinci SP (Single-Port) robotik platform ile başarıyla minimal invaziv retroperitoneal lenf nodu disseksiyonu (RPLND) uygulanan olgunun cerrahi tekniği ve klinik seyri sunulmuştur.

GEREÇ-YÖNTEM

30 yaşında erkek hasta, sol testiste ele gelen kitle şikayetiyle başvurdu. Tümör belirteçleri normal sınırlardaydı (b-hCG: <3.43 mIU/mL, AFP: 2.36 ng/dL, LDH: 171 IU/L). Ultrasonografide sol testiste 34*25 mm heterojen vaskülarize kitle saptanması üzerine hastaya 01.08.2025 tarihinde sol inguinal orşiektomi uygulandı. Patoloji sonucu tümör çapı 3.5 cm olan pür seminom (Klasik tip, Lenfovaskuler invazyon pozitif) olarak raporlandı. Torako-abdominal Bilgisayarlı Tomografi (BT)'sinde patolojik bulgu olmayan hastaya 26.08.2025'te adjuvan tek doz karboplatin tedavisi verildi. Takibinin 12. ayında çekilen Torako-abdominal BT'de sol eksternal iliak ven posteriorunda 17*13 mm boyutunda lenf nodu gözlendi. Yapılan FDG PET/BT'de metabolik aktivite artışı (SUV (max): 2.39) gösteren lenfadenopati izlendi. Üro-onkoloji konseyinde değerlendirilen hasta için minimal invaziv RPLND kararı alındı. 12.07.2026 tarihinde daVinci SP (Single-Port) sistemi kullanılarak suprapubik 35 mm kesi ile sınırlı retroperitoneal (pelvik) lenfadenektomi gerçekleştirildi.

BULGULAR

Operasyon komplikasyonsuz tamamlandı. Histopatolojik incelemede çıkarsılan 10 adet lenf nodunun 1 tanesinde 3 cm boyutlu seminom metastazı (ekstranodal infiltrasyon +, nekroz/fibrozis -) saptandı. Cerrahi sınırlar negatif olarak raporlandı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi ve multidisipliner konsey kararı ile hastaya adjuvan 2 kür EP (Etoposid, Sisplatin) kemoterapisi planlandı.

SONUÇ

Tek port robotik cerrahi (daVinci SP), tek portun getirdiği kozmetik ve erken iyileşme avantajlarının yanı sıra pelvik ve retroperitoneal dar lojlarda yüksek görsel hakimiyet ve hassas disseksiyon imkanı sunmaktadır. Bu vakada sınırlı retroperitoneal lenf nodu disseksiyonunun düşük morbidite riskiyle daVinci SP robotik cerrahi platformu ile güvenle uygulanabilir bir seçenek olduğu gözlemlenmiştir.

VS-17) RENAL PELVİSTEKİ KİTLENİN KOMBİNE CERRAHİ İLE TEDAVİSİ

AHMET GÜRBÜZ(1) MUSTAFA MÜDÜROĞLU(1) UMUT CAN KARAARSLAN(1) YAKUP KORDAN(1)

1. KOÇ ÜNİVERSİTESi Hastanesi

AMAÇ

Sadece endoskopik olarak çıkarılması mümkün olmayan bir renal pelvis kitlesi varlığında, endoskopik girişim ile Single Port (SP) Da Vinci robotik cerrahinin aynı seansta entegre edilerek uygulanabilirliğini ve kombine minimal invaziv cerrahinin etkinliğini göstermektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Kompleks böbrek patolojileri olan hastada uygulanan tek seanslı kombine cerrahi video eşliğinde sunulmaktadır. İlk aşamada üreterorenoskopi ile endoskopik polip eksizyonu gerçekleştirilmiş; takiben aynı anestezi altında SP Da Vinci robotik sistem kullanılarak piyelolitotomi işlemi ile kitle dışarı alınmıştır

BULGULAR

Endoskopik olarak tek parçada çıkarılması mümkün olmayan bir renal kitle başarıyla tedavi edilmiştir. İskemi süresi, kan kaybı ve operasyon süresi kabul edilebilir sınırlar içinde kalmıştır. Kompleks prosedüre rağmen postoperatuvar dönem sorunsuz geçmiştir.

SONUÇ

Endoskopik üroloji ile SP robotik cerrahinin aynı seansta kombine kullanımı, seçilmiş kompleks vakalarda hasta morbiditesini, anestezi yükünü ve toplam iyileşme süresini asgariye indiren oldukça sofistike ve güvenilir bir yaklaşımdır.

VS-18) DA VİNCİ SİNGLE PORT ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ

MUSTAFA MÜDÜROĞLU(1) AHMET GÜRBÜZ(1) ERDEM CANDA(1) YAKUP KORDAN(1)

1. KOÇ ÜNİVERSİTESi TIP Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ

Lokalize prostat kanseri tedavisinde, en güncel tedavilerinden biri olan robot yardımlı radikal prostatektomi (RARP) cerrahisinin Da Vinci Single Port (SP) robotu ile yapılmasının cerrahi uygulanabilirliğini, güvenliliğini ve erken dönem perioperatif sonuçlarını sunmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu video sunumunda, lokalize prostat kanseri tanısı alan hastaya uygulanan SP RARP cerrahisinin adım adım tekniği gösterilmektedir. Operasyon; tek bir suprapubik insizyondan port yerleştirilmesi, mesane boynu diseksiyonu, sinir koruyucu yaklaşım ile prostatın eksizyonu ve vezikoüretral anastomoz aşamalarını içermektedir.

BULGULAR

Operasyon, ek port girişine veya açık cerrahiye geçişe gerek duyulmaksızın başarıyla tamamlanmıştır. Konsol süresi ve tahmini kan kaybı optimal sınırlar içinde kalmış olup, peroperatuvar veya erken postoperatuvar majör bir komplikasyon (Clavien-Dindo 3 veya daha üstü) izlenmemiştir. Hastanın yatış süresi minimal düzeyde gerçekleşmiştir.

SONUÇ

SP Da Vinci robotik radikal prostatektomi, lokalize prostat kanserinin tedavisinde güvenli, etkili ve kozmetik açıdan üstün sonuçlar sunan bir cerrahi seçenek olduğu gözlenmiştir.

VS-19) MEDİKAL TEDAVİYE DİRENÇLİ BPH OLGUSUNDA DA VİNCİ SİNGLE PORT ROBOT YARDIMLI TRANSVEZİKAL ADENOMEKTOMİ

MUSTAFA MÜDÜROĞLU(1) AHMET GÜRBÜZ(1) ERDEM CANDA(1) YAKUP KORDAN(1)

1. Koç Ünivesitesi Tıp Fakültesi Üroloji ABD

AMAÇ

Medikal tedaviye dirençli ,büyük hacimli benign prostat hiperplazisi (BPH) olan hastalarda uygulanan Da Vinci Single Port (SP) robot yardımlı adenomektomi tekniğinin cerrahi adımlarını ve kısa dönem fonksiyonel sonuçlarını değerlendirmek.

GEREÇ-YÖNTEM

67 yaşında erkek hasta medikal tedaviye yanıtsız alt üriner sistem semptomları ile başvurdu. Başvuru anında yapılan üroflowmetri testinde azami akışı 9,8ml/sn rezidü idrar hacmi 50 ml bulundu. Hastamıza Da Vinci SP robot yardımlı transvezikal adenomektomi ameliyatı yapılması kararlaştırıldı . Video bildirimizde ameliyatın detayları video üzerinden sunulmaktadır. Vakada; tek port üzerinden adenom dokusunun enükleasyonu, hemostazın sağlanması ve üretra-mesane boynu rekonstrüksiyonu adımları ardışık olarak gösterilmiştir.

BULGULAR

Cerrahi işlem, tek insizyonla efektif bir şekilde tamamlanmıştır. İntraoperatif kanama miktarı oldukça düşük olup, transfüzyon ihtiyacı olmamıştır, erken postoperatuvar majör bir komplikasyon (Clavien-Dindo ? III) izlenmemiştir. Sondası post op yedinci gün sorunsuz bir şekilde alınmıştır.

SONUÇ

Da Vinci SP robot yardımlı adenomektomi, özellikle yüksek hacimli prostatların yönetiminde, morbiditeyi azaltan, kozmetik açıdan tatmin edici, postoperatuvar iyileşme sürecini hızlandıran bir cerrahi yöntemdir.

VS-20) BÖBREK NAKİLLİ HASTADA MESANE AUGMENTASYONU SONRASI EMİLMEYEN SÜTÜR KAYNAKLI VEZİKAL TAŞIN ENDOSKOPİK TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

RİDELL LOGLİ(1) KAAN HAPOĞLU(1) ENİS KERVANCIOĞLU(1) ERAY HASIRCI(1) ERMAN CEYHAN(1)

1. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

AMAÇ

Mesane augmentasyonu sonrası gelişen vezikal taşlar, özellikle emilmeyen sütür materyali, mukus üretimi, temiz aralıklı kateterizasyon ve kronik bakteriüri varlığında görülebilen geç dönem komplikasyonlardır. Augmentasyon sistoplastisi sırasında kullanılan emilmeyen sütürler taş oluşumu için nidus oluşturabilir. Bu videoda, augmente nörojenik mesanesi bulunan bir renal transplant alıcısında, augmentasyon sistoplastisi sırasında kullanılan emilmeyen poliprolen sütüre bağlı vezikal taşların endoskopik tedavisinin sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Glomerülonefrite bağlı son dönem böbrek yetmezliği tanılı 52 yaşındaki erkek hasta yaklaşık 18 ay hemodiyaliz tedavisi aldı. Nörojenik mesane nedeniyle transplantasyon hazırlığı kapsamında 2019 yılında ileal segment kullanılarak augmentasyon sistoplasti uygulandı. Postoperatif dönemde hasta mesane boşaltımını günde 6-7 kez temiz aralıklı kateterizasyon ile sürdürmekteydi.
Aynı yıl içerisinde sağ iliak fossaya canlı vericiden renal transplantasyon gerçekleştirildi ve postoperatif dönemi sorunsuz seyretti.
Augmentasyon cerrahisinden yaklaşık yedi yıl sonra yapılan rutin üriner sistem ultrasonografisinde en büyüğü 16 mm olan multiple vezikal taşlar saptandı. Hastanın öyküsünde aralıklı dizüri tanımlanmakta olup ateş, yan ağrısı, bulantı veya kusma yoktu. Fizik muayenede batın rahat, peritoneal irritasyon bulgusu saptanmadı.
İdrar tahlilinde bulanık görünüm, lökositüri, nitrit pozitifliği, eritrositüri saptandı. İdrar kültüründe Escherichia coli 100.000 KOB/mL üredi. Serum kreatinin: 1,87 mg/dL; BUN: 26 mg/dL; CRP: <2 mg/L; lökosit: 9,27 × 10^3/µL. Enfeksiyon hastalıkları önerileriyle ilk antibiyoterapi olarak Seftriakson 1x2gr IV, kontrol kültüründe üreme devam etmesi üzerine Meropenem 3x1gr IV başlanarak operasyon Meropenem tedavisi altında yapıldı.

BULGULAR

Hasta operasyona alındı. Genel anestezi altında 19F rijit sistoskop ile transüretral yoldan sistoskopi uygulandı. Üretra doğal görünümdeydi. Sistoskopik değerlendirmede mukozal lezyon ya da intravezikal kitle saptanmadı. Mesane kubbesi üzerinde neo-orifis izlendi. Mesane kubesinde emilmeyen polipropilen sütür iplerine asılı, neo-orifistem uzakta iki adet taş görüldü. Mesane içinde toplam sekiz adet taş tespit edildi. Tüm taşlar holmiyum lazer litotripsi ile fragmante edildi. Anastomoz sütür materyali, çevre doku ile holmium lazer kullanarak en bloc rezeke edilerek dışarı alındı. 20F Foley sonda yerleştirilerek işleme komplikasyonsuz son verildi

SONUÇ

Augmentasyon sistoplastisi sırasında kullanılan emilmeyen sütür materyali ve özellikle temiz aralıklı kateterizasyon yapan hastalarda geç dönemde vezikal taş oluşumu için önemli bir nidus oluşturabilir. Bu olguda holmiyum lazer sistolitotripsi ile birlikte sütür materyalinin tamamen çıkarılması sayesinde hem taşlar hem de altta yatan etiyolojik faktör ortadan kaldırılmıştır. Bu olgu, augmentasyon sistoplastisi uygulanan hastalarda uzun dönem ürolojik izlemin önemini ve intravezikal emilmeyen sütür materyali kullanılan olgularda geç dönem taş gelişimi açısından dikkatli olunması gerektiğini vurgulamaktadır.

VS-21) TEK PORT ROBOTİK PERİNEAL RADİKAL PROSTATEKTOMİ VE OBTURATOR LENF NODU DİSEKSİYONU

KAMİL GÖKHAN ŞEKER(1) VOLKAN TUĞCU(2)

1. LİV hOSPİTAL VADİSTANBUL, UROLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL, tÜRKİYE
2. İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, uROLOJİ ANA bİLİM dALI,iSTANBUL, tÜRKİYE

AMAÇ

Tek port robotik perineal radikal prostatektomi, intraperitoneal giriş gerektirmeden radikal prostat cerrahisi uygulanmasına olanak sağlayan minimal invaziv bir yaklaşımdır. Özellikle geçirilmiş abdominal cerrahi öyküsü bulunan hastalarda alternatif bir cerrahi seçenek olarak değerlendirilebilir. Bu videoda tek port robotik perineal radikal prostatektomi ve eş zamanlı obturator lenf nodu diseksiyonu tekniği sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Elli sekiz yaşında, hipertansiyon ve geçirilmiş açık kolon cerrahisi öyküsü bulunan erkek hastanın PSA değeri 29 ng/mL idi. Parmakla rektal muayenede sağ lobda sertlik saptandı. Multiparametrik prostat MR'da sağ hemiglandı dolduran PI-RADS 5, EPE pozitif lezyon izlendi. Biyopside 13 korun 7'sinde Gleason 4+3=7 (ISUP Grade Grup 3) adenokarsinom tespit edildi. PSMA PET/BT'de lenf nodu veya uzak metastaz saptanmadı. Lokal ileri prostat kanseri tanısıyla cerrahi tedavi planlandı.

BULGULAR

Hasta eksejere litotomi pozisyonunda hazırlandı. Perineal bölgede yaklaşık 4cm semisirküler insizyon yapıldı ve da Vinci SP Access Port™ (Intuitive Surgical, Sunnyvale, CA, ABD) için alan oluşturuldu. Port yerleştirildikten sonra robotik sistem dock edildi ve pnömoperineum oluşturuldu.
Posterior prostat diseksiyonu ile başlanarak Denonvilliers fasyası açıldı, seminal veziküller ve vas deferensler ortaya konuldu. Lateral prostat pedikülleri kontrol edilerek prostatın apeks ve mesane boynu diseksiyonu tamamlandı. Ekstraprostatik yayılım şüphesi bulunan tarafta onkolojik prensiplere uygun geniş eksizyon gerçekleştirildi. Prostat spesmeni çıkarıldıktan sonra aynı port yerleşimi kullanılarak obturator fossaya ulaşıldı ve obturator lenf nodu diseksiyonu gerçekleştirildi. Son olarak vezikoüretral anastomoz devamlı sütür tekniği ile tamamlandı.

SONUÇ

Tek port robotik perineal radikal prostatektomi ve obturator lenf nodu diseksiyonu, seçilmiş lokal ileri prostat kanseri hastalarında uygulanabilir bir minimal invaziv tekniktir. Perineal yaklaşım, intraperitoneal alana girmeden radikal prostatektomi yapılmasına olanak sağlaması nedeniyle özellikle geçirilmiş abdominal cerrahi öyküsü olan hastalarda önemli avantajlar sunmaktadır.

VS-22) İNKONTİNAN EPİSPADİAS HASTALARINDA MODİFİYE YOUNG-DEES-LEADBETTER MESANE BOYNU REKONSTRÜKSİYON TEKNİĞİ: DETRÜSOR KAS FLEBİ İLE MESANE BOYNUNUN SUBMUKOZAL SARILMASI

HAYRUNNİSA HOROZCU(1) HAKAN KESKİN(1) HASAN SERKAN DOĞAN(1) SERDAR TEKGÜL(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Mesane boynu rekonstrüksiyonu, sınırlı sayıda vaka, cerrahların farklı deneyim seviyeleri, hastaların mevcut durumlarının çeşitliliği ve sonuç değerlendirmelerindeki zorluklar gibi çeşitli faktörler nedeniyle cerrahlar için önemli bir zorluk teşkil etmektedir. Mesane boynu rekonstrüksiyonunun temel amacı, çeşitli tekniklerle üretra ve mesanedeki anormallikleri düzeltmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

19 hastayı (13 erkek 6 kız, ortanca yaş 7 (4-13)) içeren bu çalışmada, mesane boynunu daraltan ve üretrayı uzatan modifiye edilmiş bir geleneksel teknik kullanıldı; burada mesanenin ön duvarından hazırlanan bir detrüsor kası flebi, çıkış direncini artırmak için yeni oluşturulan mesane boynunun etrafına submukozal olarak yerleştirildi. Ve hastalar takip süreçlerinde iyileşme, kontinans, işeyememe gibi durumlar açısından incelendi.

BULGULAR

19 hastadan 5'i belirgin iyileşme gösterdi ve ortalama 18 aylık bir zaman dilimi içinde idrar tutmayı ve sorunsuz işemeyi başardı. İyileşme gösteren 8 hasta daha sonra mesane gelişimi ve idrar tutma açısından izlendi ve bu hastalara toplamda 15 defa mesane boynu enjeksiyonu uygulandı. Düşük mesane kapasitesi nedeniyle inkontinan olan bir hastaya mesane augmentasyonu yapıldı. Augmentasyon yapılan hasta dahil 4 hasta düzenli TAK ile kuru kalıyor. 3 hastada ortalama 6-11 aylık takip süresinde şikayetlerinde düzelme görüldü ancak halen inkontinandı.

SONUÇ

Sonuç olarak, mesane boynu rekonstrüksiyonunda en etkili yaklaşım, hastanın özel ihtiyaçlarını, ameliyat zamanlamasını, mesane büyütme gerekliliğini ve uzun vadede olumlu sonuç olasılığını dikkate alan yaklaşımdır. Bu hususlar, uygun endikasyonların belirlenmesi ve işlem için doğru adayların seçilmesi için önemlidir. Bu yöntem, anormal mesane boynu ve bozulmuş kontinans mekanizmaları sergileyen epispadiaslı hastalarda iyi mukozal uyumluluk sağlayarak mesane boynunu başarıyla yeniden yapılandırır. Ayrıca, yeni oluşturulan mesane boynu spontan idrar akışını destekler ve gerektiğinde kateterizasyonu kolaydır. Uzun vadeli etkiler belirsizliğini korurken, mesane boynu enjeksiyonlarının ek bir işlem olarak kontinansı önemli ölçüde artırdığı gösterilmiştir.

VS-23) ZORLU BİR ANATOMİ, MİNİMAL İNVAZİV YAKLAŞIM: ATNALI BÖBREKTE LAPAROSKOPİK NEFREKTOMİ

CAN AHMET KARABACAK(1) MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) ÖZGÜN DOĞA KOLUAÇIK(1) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1) ÖMER DEMİR(1)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Bu video bildiride amaç, kompleks vasküler yapısı ve renal istmus varlığı nedeniyle cerrahisi yüksek teknik zorluk barındıran atnalı böbrek olgusunda, laparoskopik nefrektomi yaklaşımının etkinliğini ve cerrahi adımlarını sunmaktır. Özellikle aberran damar haritalamasının preoperatif değerlendirilmesi, operasyon sırasındaki güvenli vasküler kontrol stratejileri ve istmusun laparoskopik olarak ayrılması aşamalarındaki kritik anatomik nirengi noktalarının vurgulanması; böylece bu zorlu anatomide minimal invaziv yaklaşımın güvenilirliğinin ve klinik uygulanabilirliğinin gösterilmesi hedeflenmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmamızda, atnalı böbreğinde tümör bulunan bir hastaya uyguladığımız laparoskopik nefrektomi ameliyatının adımları video olarak sunulmuştur. Ameliyat öncesinde tomografi ile hastanın damar yapısı ve böbreklerin birleşim yeri (istmus) detaylıca incelendi. Ameliyat standart transperitoneal (karın içi) yöntemle yapıldı.

BULGULAR

Ameliyat, açık cerrahiye geçilmeye gerek kalmadan laparoskopik olarak başarıyla tamamlandı. Toplam operasyon süresi 70 dakika sürdü ve kanama miktarı 100 cc olarak ölçüldü. Ameliyat sırasında atnalı böbreğe ait fazladan damarların kontrolü ve istmusun ayrılması aşamalarında herhangi bir komplikasyon yaşanmadı. Hastanın ameliyat sonrası takipleri sorunsuz geçti ve çıkarılan böbreğin patoloji sonucu kronik piyelonefrit olarak raporlandı.

SONUÇ

Atnalı böbrek gibi karmaşık damar yapısına ve istmus bağlantısına sahip zorlu anatomilerde, laparoskopik nefrektomi cerrahi tecrübe ve doğru planlama ile güvenli ve etkili bir seçenektir. Ameliyat öncesi detaylı radyolojik değerlendirme ve ameliyat sırasında dikkatli anatomik diseksiyon ile bu tür kompleks vakalar, minimal invaziv cerrahinin sunduğu düşük kanama miktarı ve kabul edilebilir operasyon süreleri ile başarılı bir şekilde yönetilebilir.

VS-24) TEKRARLAYAN İDRAR YOLU ENFEKSİYONU NEDENİ: STING OPERASYONUNDAN 21 YIL SONRA GELİŞEN MESANE İÇİ TAŞLAŞMIŞ ENJEKSİYON MATERYALİ

EMRE EDİZ(1) BURAK AYVACIK(1) EKREM BAŞARAN(1) ARDA TAŞKIN TAŞKIRAN(1) AHMET YILDIRIM BALIK(1) DURSUN BABA(1)

1. DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Vezikoüreteral reflü (VUR) tedavisinde kullanılan endoskopik bir teknik olan Subüreteral Transüretral Enjeksiyon
(STING), üreterin intramural kısmının altına hacim artırıcı madde enjeksiyonunu içerir. Geçmişte sıklıkla tercih edilen Politetrafloroetilen (PTFE/Teflon™), biyolojik olarak parçalanamayan yapısı nedeniyle granülom oluşumu ve migrasyon gibi komplikasyonlara zemin hazırlayabilir. Bu granülomlar nadir görülmekle birlikte, distal üreter obstrüksiyonuna ve ciddi morbiditeye yol açabilmektedir. Bu olgu sunumu, geçmişte STING operasyonu geçiren hastalarda görülebilen bu gecikmiş komplikasyonların tanı ve endoskopik tedavisinin klinik önemini vurgulamayı amaçlamaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

2004'te VUR nedeniyle bilateral STING ve 2016'da stres inkontinans nedeniyle transobturator tape (TOT) operasyonu öyküsü olan 50 yaşındaki kadın hasta, son bir yıldır süren tekrarlayan ateşsiz idrar yolu enfeksiyonu ve dizüri şikayetleriyle başvurdu. Dış merkezde çekilen voiding sistogramında; sol üreterin 1/3 distaline ulaşan VUR ve mesane içinde kalsifikasyon şüphesi uyandıran opasiteler izlendi. Kliniğimizde yapılan kontrastsız bilgisayarlı tomografide (BT) hidronefroz izlenmezken, üreterovezikal bileşkede (VUJ) bilateral kalsifik yoğunluklar saptandı. Bu durum, Teflon enjeksiyonu sekeli olarak değerlendirilse de askı cerrahisine bağlı mesh erozyonu ihtimali de ayırıcı tanıda tutularak tanısal sistoskopi ve üreterorenoskopi planlandı.

BULGULAR

Spinal anestezi altındaki sistoskopide, mesanede sol üreter orifisinin alt komşuluğunda yaklaşık 1 cm'lik kalsifikasyon
(muhtemel teflon materyali) izlendi. Sağ üreter orifisi etrafında da üzeri epitelize kalsifiye bir alan görüldü. Sol üreter orifisinden ilerletilen kılavuz tel manipülasyonuyla sol taraftaki kalsifiye teflon mukozadan ayrılarak basket kateter yardımıyla dışarı alındı. Bilateral üreterorenoskopide ek patoloji saptanmadı. İşlem sonrası sol üretere double-J kateter yerleştirildi. Komplikasyon gelişmeyen hasta, postoperatif 1. günde kateteri çekilerek taburcu edildi.

SONUÇ

PTFE enjeksiyonlarına bağlı kalsifikasyonlar, distal üreter obstrüksiyonu gibi morbiditelere yol açabilen nadir ve gecikmiş komplikasyonlardır. BT incelemelerinde üreter taşlarını taklit edebilmeleri tanısal zorluk yaratabilir. STING öyküsü olan semptomatik hastalarda bu durumun ayırıcı tanıda akılda tutulması, gereksiz invaziv girişimleri önlemek için kritiktir. Kalsifiye materyallerin endoskopik yolla çıkarılması oldukça etkili, başarılı ve güvenli bir tedavi yaklaşımıdır.

VS-25) DEV BOYUTLU ADRENAL MİYELOLİPOM: 21-HİDROKSİLAZ EKSİKLİĞİ İLE BİRLİKTELİK GÖSTEREN NADİR BİR OLGU

ONUR DEMİRBAŞ(1) SEFA GÜNAL(1)

1. KAYSERİ ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Adrenal miyelolipomlar matür yağ dokusu ve kemik iliği elemanlarından oluşan, endokrin olarak inaktif, nadir görülen benign tümörlerdir ve genellikle 5 cm'nin altında, asemptomatik seyirlidirler. Kronik ACTH stimülasyonuna maruz kalan konjenital adrenal hiperplazi (KAH) gibi durumlarda, adrenal rest doku hiperplazisi ve miyelolipom gelişim riskinin arttığı bilinmektedir. Bu çalışmada, rutin tarama sırasında saptanan dev sürrenal yerleşimli miyelolipom nedeniyle laparoskopik olarak opere edilen ve altta yatan 21-hidroksilaz eksikliği tespit edilen nadir bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Kırk bir yaşında erkek hasta, aktif şikayeti ve bilinen sistemik hastalık veya operasyon öyküsü bulunmaksızın, rutin tarama amaçlı yapılan USG'de rastlantısal olarak saptanan kitle nedeniyle değerlendirmeye alındı. USG'de sol böbrek, dalak ve pankreas kuyruğu komşuluğunda, organ orijini net ayırt edilemeyen, heterojen hiperekoik yapıda, 18-20 cm çapa ulaşan dev yumuşak doku kitlesi izlendi. İleri değerlendirme için IV kontrastlı abdominal BT çekildi ve ayrıntılı hormonal profil (ACTH, kortizol, DHEA-S, 17-OH-progesteron, 11-deoksikortikosteron, idrar katekolaminleri) tetkik edildi. Malignite ekartasyonu ve kitlenin dev boyutu nedeniyle hastaya laparoskopik cerrahi planlandı.

BULGULAR

BT'de sol böbrek-dalak arasında, en geniş yerinde 13 cm çapında, yağ dansitesi içeren, sürrenal kökenli kitle izlendi; sağ sürrenal bez korpusunda ise santrali yağ dansitesinde yaklaşık 1 cm çapında nodüler lezyon saptandı. Hormonal tetkiklerde ACTH 941 pg/mL, kortizol 3,27 µg/dL, DHEA-S 5810 µg/dL, 17-OH-progesteron 66600 ng/dL ve 11-deoksikortikosteron 91,89 ng/dL saptandı; idrar katekolamin düzeyi 606 µg/gün olup klinik tabloyla korelasyon göstermediğinden feokromositoma lehine anlamlı kabul edilmedi. Biyokimyasal profil, ön planda 21-hidroksilaz eksikliğine bağlı konjenital adrenal hiperplazi ile uyumlu bulundu. Kitle laparoskopik olarak total eksize edildi; postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta 4. günde şifa ile taburcu edildi. Patolojik incelemede tümör çapı 15 cm ölçüldü ve adrenal miyelolipom tanısı kesinleşti.

SONUÇ

Retroperitoneal ve sürrenal yerleşimli, yağ içerikli dev kitlelerin ayırıcı tanısında miyelolipom, anjiyomiyolipom, liposarkom ve dejenere lipom mutlaka akılda tutulmalıdır. Bu olguda dikkat çekici nokta, 15 cm çapa ulaşan dev bir miyelolipomun laparoskopik yolla başarıyla total eksize edilebilmesi ve eş zamanlı saptanan belirgin ACTH yüksekliği ile steroidogenez basamak ürünlerindeki artışın altta yatan 21-hidroksilaz eksikliğini ortaya çıkarmasıdır. Büyük boyutlu ve yağ içerikli sürrenal kitlesi olan olgularda cerrahi planlama öncesinde adrenal steroidogenez bozukluklarının da araştırılması, hem doğru tanı hem de perioperatif akut adrenal krizlerin önlenmesi açısından kritik önem taşımaktadır. Dev boyutlu kitlelerde dahi deneyimli merkezlerde laparoskopik yaklaşımın güvenle uygulanabileceği düşünülmektedir.

VS-26) PELVİK BÖBREK TAŞLARINA LAPARASKOPİ YARDIMLI PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ OLGU SUNUMU

ABDULLAH ERDOĞAN(1) MEHMED AKİF ER(1) AHMET ENES BAŞKIRAN(1) MEHMET DOĞAN(1) ÖZGÜR EKİCİ(1) SEDAT ÖNER(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Böbrek taşlarının tedavisinde perkütan nefrolitotomi, özellikle 2 cm'den büyük taşlarda halen altın standart tedavidir. Ancak pelvik böbrek gibi nadir görülen ektopik böbrek anomalilerinde geleneksel cerrahi tedaviler daha zor olabilmektedir. Pelvik böbreklerin gerek aberran damar yapısı gerekse komşu organlar nedeniyle farklı yaklaşım gerektirir. Amacımız zorlu olguda endoüroloji ve laparaskopik tedavinin kombine şekilde başarılı bir şekilde uygulanabileceğini göstermektir.

GEREÇ-YÖNTEM

38 yaşındaki erkek hasta, üroloji polikliniğimize sol yan ağrısı ve suprapubik ağrı ile başvurdu. Pelvik böbrekli olguda anamnezinde ESWL ve en son 4 ay önce başarısız RIRS ve DJS takımı öyküleri mevcuttu. Yapılan fizik muayenede sol alt kadranda hafif hassasiyet dışında patoloji saptanmadı.

BULGULAR

Çekilen kontrastsız abdominal BT'de sol pelvik yerleşimli böbrekte DJS, alt polde 7 mm ve pelviste 18 mm taş tespit edildi. Hastaya pyelolitotomi yapılması planlandı. Yapılan URS'de DJS'nin üst ucunun taşlaştığı izlendi ve DJS güçlükle çekildi. Pyelolitotomide tüm taşlara ulaşılamayabileceği düşünülerek laparaskopi yardımlı PNL planlandı. Laparaskopik 4 port yerleştirilip direk görüş ve skopi eşliğinde böbreğe tek akses PNL yapılarak taşlar alınıp 4.7f 14 cm djs yerleştirildi.Literatürde pelvik böbrek taşlarında açık cerrahi, laparoskopik piyelolitotomi ve PNL seçenekleri tartışılmaktadır. Ancak PNL'nin körlemesine yapılması barsak ve major vasküler yaralanmalara yolaçabilir. Laparaskopik yardımlı PNL tekniği ise bu riskleri ortadan kaldırabilir. Laparoskopik görüş sayesinde, bağırsaklar ekartör veya grasper yardımıyla böbreğin üzerinden güvenle uzaklaştırılır ve ponksiyon iğnesinin parankime girişi, traktın dilatasyonu ve Amplatz kılıfının yerleşimi doğrudan gözle takip edilir. Bu sayede hem pelvik organ yaralanma riski azaltılır hem de perkütan girişin renal parankimden güvenli bir açıyla yapılması sağlanarak kanama komplikasyonu minimalize edilir. Literatürdeki benzer L-PNL vaka serilerinde yüksek taşsızlık oranları (%90-100) ve son derece düşük komplikasyon oranları bildirilmiştir.

SONUÇ

Anatomik anomalilerin yarattığı güçlük nedeniyle pelvik ektopik böbrek taşlarının yönetiminde konvasiyonel tedavilerin dışında alternatif tedaviler gerekmektedir. Laparoskopi yardımlı perkütan nefrolitotomi güvenli, minimal invaziv, yüksek taşsızlık oranına sahip ve efektif bir cerrahi kombinasyondur. Başarısız retrograd endoürolojik girişim öyküsü olan zorlu hastalarda ilk seçenekler arasında düşünülmelidir.

VS-27) RADİKAL SİSTOPROSTATEKTOMİ VE İLEAL ÜRİNER DİVERSİYON SONRASI GELİŞEN ÜRETER VE BÖBREK TAŞLARININ YÖNETİMİ: ANTEGRAD FLEKSİBL ÜRETERORENOSKOPİ STEP BY STEP UYGULAMASI

MURAT AKGÜL(1) BAHADIR ÖKSÜZ(1) ÖMER FARUK ÖRNEK(2) CEMİL EMRE YURTSEVEN(1) ABDURRAHMAN İNKAYA(1)

1. ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. HAKKARİ DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Radikal sistoprostatektomi ve üriner diversiyon sonrası gelişen üst üriner sistem taşlarında retrograd girişim çoğu zaman teknik olarak güçleşmekte, bu nedenle antegrad endoürolojik yaklaşımlar önemli bir tedavi seçeneği oluşturmaktadır. Bu video bildiride, radikal sistoprostatektomi ve ileal üriner diversiyon öyküsü bulunan bir hastada sol proksimal üreter ve alt kaliks taşlarının step by step antegrad fleksibl üreterorenoskopi ile tedavisi sunulmuştur

GEREÇ-YÖNTEM

Yetmiş altı yaşında erkek hasta, sol yan ağrısı ve piyelonefrit bulguları ile başvurdu. Özgeçmişinde radikal sistoprostatektomi ve ileal üriner diversiyon öyküsü mevcuttu. Bilgisayarlı tomografide sol proksimal üreterde 15 mm, sol böbrek alt polünde 6 mm boyutlarında ve yaklaşık 1050 HU dansitesinde kalküller saptandı. Enfektif klinik nedeniyle ilk aşamada perkütan nefrostomi ile üriner drenaj sağlandı ve uygun parenteral antibiyoterapi uygulandı. Nefrostomiden alınan idrar kültürünün steril olarak sonuçlanmasının ardından definitif girişim planlandı.

Mevcut nefrostomi kateterinin alt pol yerleşimli olması nedeniyle orta pol kaliksinden renal toplayıcı sisteme yeni bir perkütan giriş sağlandı. Ardışık dilatasyonların ardından 14 Fr çalışma kılıfı yerleştirildi. Fleksibl üreterorenoskop ile kılavuz tel eşliğinde toplayıcı sisteme girildi ve işlem güvenliğini artırmak amacıyla üretere ikinci bir güvenlik kılavuz teli ilerletildi. Proksimal üreter ve alt polde bulunan kalküller holmiyum lazer ile fragmante edildi. İşlem sonunda antegrad yolla double-J üreteral stent yerleştirildi.

BULGULAR

Enfeksiyon, perkütan nefrostomi drenajı ve uygun parenteral antibiyoterapi sonrasında kontrol altına alındı. Definitif girişim komplikasyonsuz olarak tamamlandı ve tüm taşlar başarılı şekilde fragmante edildi. Postoperatif dönemde ek komplikasyon izlenmedi. Postoperatif birinci haftada nefrostomi kateteri ile antegrad yerleştirilen double-J stent sorunsuz şekilde çıkarıldı.

SONUÇ

Üriner diversiyonlu hastalarda üst üriner sistem taşlarının tedavisinde orta pol aksesli antegrad fleksibl üreterorenoskopi, etkili ve uygulanabilir minimal invaziv bir seçenektir. Uygun drenaj, enfeksiyon kontrolü ve dikkatli perkütan erişim planlaması ile hem üreteral hem de intrarenal taşlara aynı seansta güvenli şekilde müdahale edilebilir.

VS-28) SMA DALINDAN İLEAL LOOP'A KANAMAYA ENDOSKOPİK YAKLAŞIM

ÇETİN DEMİRDAĞ(1) BERK YILMAZ(1) FEYYAZ IRMAK(1) ALPER OKUR(1) OĞUZHAN KURU(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Bilinen endometroid adenokarsinom tanılı, debulking cerrahisi yapılan ve ileal kondüit yapılan hastada tespit edilen SMA dalından ileal loop içine kanamanın kontrol altına alınmasında uygulanabilecek yöntemleri tartışmak ve Cerrahpaşa deneyimini aktarmak amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

54 yaşındaki kadın hastaya daha önce ileal loop üriner diversiyonu uygulanmıştı. Sonrasında gelişen kanama nedeniyle yapılan anjiyografide superior mezenterik arter (SMA) dalından aktif ekstravazasyon saptanarak selektif anjiyoembolizasyon için girişimsel radyoloji ekibi tarafından masaya alındı. Vazokonstrüksiyon ve kink nedeniyle selektif anjioembolizasyon yapılamayan hastada proksimalden embolizasyonun ileal loop beslenmesini bozma riski nedeniyle işlem sonlandırıldı. Hemodinaminin tekrar bozulması üzerine ileal looptan endoskopik olarak girilerek orifis ve aktif kanama alanı vizualize edildi. Üretere 6Fr single J kateterizasyon yapıldı. Monopolar enerji yardımıyla kanama alanları koterize edilerek hemostaz sağlandı.

BULGULAR

Orifisin yaklaşık 4cm superiorunda aktif kanama odağı görüldü. İşlem esnasında ek komplikasyon gelişmedi. Cerrahi sonrası idrar rengi açık seyretti. Hemodinami stabil, postoperatif izlemde kan ürünü replasmanı ihtiyacı olmadı.

SONUÇ

İleal loop kaynaklı dirençli kanamalarda, uygun olgularda endoürolojik yaklaşımlar tanı ve tedavi amacıyla güvenli ve etkili bir alternatif oluşturabilir. Endoskopik değerlendirme ile kanama odağının doğrudan görüntülenmesi ve aynı seansta hemostaz sağlanması, morbiditesi yüksek cerrahi girişimlerin önüne geçebilecek minimal invaziv bir seçenek olarak değerlendirilmelidir.

VS-29) LAPAROSKOPİK MESANE DİVERTİKÜL EKSİZYONU

OZAN AKGUL(1) BATUHAN FURKAN BERK(1) EREN ERDİ AKSARAY(2) MEHMET SALİH BOĞA(1) MAHMUT EKREM İSLAMOĞLU(1)

1. ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. KAHRAMANMARAŞ DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Mesane divertikülleri, kas tabakası içermeyen ve idrar stazına bağlı olarak alt üriner sistem semptomları, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları, taş oluşumu ve yetersiz mesane boşalması gibi klinik sorunlara yol açabilen patolojilerdir. Semptomatik ve büyük mesane divertiküllerinde cerrahi eksizyon etkili bir tedavi seçeneğidir. Bu video sunumunda, semptomatik mesane divertikülü bulunan bir hastada uygulanan laparoskopik divertikülektomi tekniğinin cerrahi basamaklarının sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Altmış yaşında erkek hasta suprapubik dolgunluk, sık idrara çıkma ve mesanenin tam boşalmadığı hissi şikâyetleri ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde diabetes mellitus ve hipertansiyon bulunan hastanın geçirilmiş cerrahi operasyon öyküsü yoktu. Üriner sistem ultrasonografisinde üst üriner sistem ve mesane açısından ek patoloji saptanmazken prostat hacmi 60 cc olarak ölçüldü. Yapılan ileri değerlendirmeler sonucunda mesane divertikülü saptanan ve semptomatik olan hastaya laparoskopik divertikülektomi planlandı.

Laparoskopik eksplorasyonun ardından mesane posteriorundaki periton insize edilerek mesane posterior yüzü serbestlendi. Cerrahi görüş alanını ve divertiküle erişimi kolaylaştırmak amacıyla posterior periton anterior abdominal duvara sütüre edilerek askıya alındı. Mesanenin sağ posterosüperolateralinde yerleşimli divertiküle ulaşıldı ve divertikül çevre dokulardan dikkatli şekilde disseke edildi. Divertikül boynu monopolar enerji yardımıyla işaretlendikten sonra insize edildi ve divertikül eksizyonuna başlandı. Eksizyon tamamlanmadan önce mesane defektinin kontrollü kapatılmasını kolaylaştırmak amacıyla divertikül ağzına kapama süturları yerleştirildi. Divertikülün eksizyonunun tamamlanmasının ardından mesane defekti sütüre edilerek kapatıldı. Mesane izotonik sıvı ile doldurularak intraoperatif kaçak testi gerçekleştirildi. Kaçak izlenmemesi üzerine periton askı süturu serbestlendi ve posterior periton kapatıldı. İşlem, dren yerleştirilmesi ve divertikülektomi materyalinin endobag içerisine alınmasıyla tamamlandı.

BULGULAR

Mesane divertikülü laparoskopik olarak çevre dokulardan başarılı bir şekilde disseke edilerek tamamen eksize edildi. Mesane defekti laparoskopik sütürasyon ile güvenli şekilde kapatıldı. İntraoperatif kaçak testinde ekstravazasyon saptanmadı. İşlem sırasında majör intraoperatif komplikasyon gelişmedi ve cerrahi prosedür laparoskopik olarak tamamlandı.

SONUÇ

Laparoskopik divertikülektomi, semptomatik mesane divertiküllerinin cerrahi tedavisinde minimal invaziv ve uygulanabilir bir yöntemdir. Posterior peritonun anterior abdominal duvara askıya alınması, özellikle posterior ve posterolateral yerleşimli divertiküllerde cerrahi görüş alanını ve divertiküle erişimi kolaylaştırabilir. Divertikül boynunun kontrollü şekilde belirlenmesi, eksizyon tamamlanmadan önce kapama süturlarının yerleştirilmesi ve işlem sonunda mesanenin kaçak açısından test edilmesi, güvenli ve kontrollü bir cerrahi yaklaşımın önemli basamaklarıdır. Uygun hasta seçimi ve yeterli laparoskopik deneyim ile mesane divertikülleri minimal invaziv olarak etkin ve güvenli şekilde tedavi edilebilir. Burada asıl dikkat edilmesi gereken noktalardan birisi de vas deferens ve üreter gibi komşu yapıların dikkatli diseksiyonu ve korunmasıdır.

VS-30) LAPAROSKOPİK SOL PYELOLİTOTOMİ İLE SOL ÜRETEROPELVİK TAŞININ TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

CEMİL AYDIN(1) BURAK ÇAĞLAR ÖZTÜRK(1) ABDULLAH ÇOLAKER(1) MUSTAFA SERDAR ÇAĞLAYAN(1) MUSA EKİCİ(1) ALPKON TORUN(1) METİN KIZGIN(1) AHMET TAŞCI(1) MUHAMMED EMİR ASLAN(1) MUHAMMET ŞÜKRÜ KARTA(1) MEHMET MURAT BAYKAM(1)

1. HİTİT ÜNİVERSİTESİ ÇORUM EROL OLÇOK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Büyük renal taşlar, özellikle 2 cm'nin üzerindekiler, perkütan nefrolitotomi (PNL) veya açık cerrahi gerektirebilir. Laparoskopik pyelolitotomi, taşın boyutu ve lokalizasyonuna bağlı olarak güvenli ve etkili bir alternatif sunmaktadır. Bu olgu sunumunda 5 cm'lik sol üreteropelvik taşın laparoskopik pyelolitotomi ile tedavisi değerlendirilmektedir

GEREÇ-YÖNTEM

55 yaşında erkek hasta, daha önceden taş öyküsü mevcut, ek hastalığı,operasyon öyküsü antikoagülan kullanımı yok. Sol yan ağrısı ile başvurdu

BULGULAR

. BT'de sol renal pelvisten üst üretere dek uzanan yaklaşık 5 cm'lik taş saptandı. Hastaya laparoskopik sol pyelolitotomi ile yapıldı. Cerrahi süre 45 dakika, intraoperatif kan kaybı 30 cc idi. Operasyon sırasında komplikasyon gözlenmedi. Postoperatif dönemde hasta stabil seyretti; dren postoperatif 2. günde çıkarıldı ve hasta taburcu edildi.

SONUÇ

Laparoskopik pyelolitotomi, büyük renal pelvik taşlarının güvenli ve etkili bir şekilde çıkarılmasını sağlamaktadır. Minimal kan kaybı, kısa cerrahi süre ve hızlı postoperatif iyileşme ile hasta konforu artırılmıştır. Bu olgu, laparoskopik yaklaşımın seçilmiş olgularda diğer cerrahilere güvenli bir alternatif olduğunu göstermektedir.

VS-31) GEÇ DÖNEMDE TANINAN KOMPLET DİSTAL ÜRETER YARALANMASINDA REKONSTRÜKSİYONSUZ TEDAVİ MÜMKÜN MÜ? ENDOSKOPİK DJ STENTLEME İLE KOMPLİKASYONSUZ İYİLEŞEN BİR OLGU

GÖRKEM AKÇA(1) EYÜP DİL(1) HAKKI UZUN(1) SELİM YAZAR(1) ERDEM ORMAN(1) YAKUP KAÇAN(1) MUHAMMED HÜSEYİN BEŞER(1)

1. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji AnaBilim Dalı, Rize

AMAÇ

Üreteral yaralanmalar tüm genitoüriner travmaların %1'inden azını oluştururlar. Bunların da yaklaşık %75'i iyatrojenik yaralanmalar ile oluşmaktadır. İyatrojenik yaralanmaların da % 71'i jinekolojik, % 15'i genel cerrahi ve %14'ü ürolojik girişimler sonucu oluşur. Şüphe halinde BT ürografi tanıda tercih edilen yöntemdir. Tedavide üreteral travma yönetimi yaralanmanın yapısı, şiddeti ve yerleşimi gibi birçok faktöre bağlıdır. Cerrahi sırasından tanınan komplet yaralanmalarda, üreter yaralanmasının lokalizasyonuna göre derhal onarım önerilirken, geç tanı halinde öncelikle nefrostomi kateteri veya DJ stent ile üriner diversiyon sağlanarak sonraki dönemde rekonstrüktif cerrahiler önerilmektedir.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu video bildiride geç dönemde tanı konulan komplet distal üreter yaralanmasında DJ stent üzerinden komplikasyonsuz iyileşen ve rekonstrüksiyon cerrahisi gerekmeyen olgumuzu sunmaktayız.

BULGULAR

Olgu sunumu: 60 yaşında kadın hasta, laparoskopik histerektomi sonrası 7. Günde idrar kaçırma ve sağ lomber ağrı yakınmaları ile kliniğimize başvurdu. Çekilen BT ürografide sağda grade 2 hidroureteronefroz ve sağ distal üreter düzeyinde kontrast ekstravazasyonu saptanarak iyatrojenik üreter yaralanması düşünüldü. Yapılan vajinal muayenede, ekstravaze olan idrarın vajen ön duvarındaki insizyon hattından geldiği izlendi. Sistoskopik değerlendirmede mesanenin tüm duvarlarının intakt olduğu görüldü. Sağ üreteroskopide distal üreter düzeyinde ileri derecede darlık saptandı ve standart üreteroskop ile darlık geçilemedi. Bunun üzerine ultrathin üreteroskop kullanılarak dar segment geçildi. İncelemede distal üreterde yaklaşık 2 cm uzunluğunda tam kat üreteral diskontinüite ile uyumlu komplet üreter rüptürü tespit edildi. Üreteroskop yardımıyla rüptüre üreterin proksimal ucu bulunarak floroskopi eşliğinde retrograd piyelografi yapıldı. Ardından güvenlik kılavuz teli başarıyla renal pelvise ilerletildi ve 4.7 Fr double-J stent yerleştirilerek üreteral kontinuitenin stent üzerinden sağlanması ve internal drenaj gerçekleştirildi. Postoperatif 3. ayda yapılan kontrol üreteroskopisinde, üreterin double-J stent üzerinden komplikasyonsuz olarak iyileştiği ve tam kontinuitenin sağlandığı izlendi. Double-J stent çıkarıldı. Stent çekilmesini takiben 3. ay kontrolünde hastanın semptomsuz olduğu, radyolojik incelemelerinde hidronefroz veya üriner ekstravazasyon izlenmediği görüldü.

SONUÇ

Geç dönemde tanı alan komplet distal üreter yaralanmalarında standart yaklaşım çoğunlukla üriner diversiyon sonrası gecikmiş rekonstrüktif cerrahi olmakla birlikte, uygun olgularda endoskopik olarak proksimal üreter segmentine ulaşılıp DJ stent yerleştirilmesi ile üreteral kontinuitenin yeniden sağlanması mümkün olabilir. Sunulan olguda komplet distal üreter yaralanması yalnızca retrograd endoskopik stentleme ile komplikasyonsuz iyileşmiş ve rekonstrüktif cerrahi gereksinimi ortadan kalkmıştır. Bu olgu, seçilmiş hastalarda minimal invaziv endoürolojik yaklaşımın etkin ve güvenli bir tedavi alternatifi olabileceğini göstermektedir.

VS-32) ATNALI BÖBREĞİ OLAN OLGUDA SOL LAPAROSKOPİK PYELOLİTOTOMİ

MEHMET ÖZEN(1) MUSTAFA KORAY KIRDAĞ(1) MUSTAFA AYDIN(1)

1. samsun şehir hastanesi

AMAÇ

At nalı böbrek, renal füzyon ve anormal rotasyon ile karakterize konjenital bir anomalidir ve eşlik eden pelvikalisiyel sistem anomalileri nedeniyle üriner taş hastalığına yatkınlık gösterir. Bu çalışmada, at nalı böbreği bulunan bir hastada uyguladığımız laparoskopik piyelolitotomi tekniğimizi sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Yan ağrısı ile başvuran 59 yaş erkek hastanın yapılan tetiklerinde at nalı böbreği olduğu görüldü. Ek olarak sol tarafta en büyüğü 26 mm ölçülen çok sayıda taş izlendi. Kolonun retrorenal yerleşimi nedeni ile laparoskopik piyelolitotomi planlandı. Genel anestezi altında, litotomi pozisyonunda 5 fr üreter katateri sol böbreğe takıldı ve 16 fr foley sondaya sabitlendi. Ardından hasta 30 derece sol yan pozisyona alındı. "Veress" iğnesi ile pnomoperitonyum oluşturulduktan sonra 1 adet 11 mm optik port umbilikus 2 cm sol lateralinden girildi. Görüntüleme eşliğinde bir adet 11 mm ve bir adet 5 mm çalışma portları girildi. Kolon medialize edidi ve böbrek bulundu. Renal pelvis, soğuk makas ile açıldı. Taşlar, böbrek içerisinden alındı. 11 mm çalışma portu içerisinden fleksıble sistoskop batın içerisine gönderildi ve pelvis içerisindeki rezidu taşlar sistoskop yardımı ile böbrek dışına alındı. Böbrek içerisine 4,6/26 no DJ stent yerleştirildi. Renal pelvisteki defekt, 3-0 poliglikolik asit (PGA) sütür ile onarıldı. Kanama kontrolunu takiben taşlar dışarı alındı, batın içerisine bir adet sump dren konuldu ve vakaya son verildi. Post operatif 1. günde foley sondası, 2. günde sump dreni çekilen hastanın takiplerinde şikayeti olmaması üzerine taburcu edildi.

BULGULAR

-

SONUÇ

At nalı böbrekli hastalarda anatomik varyasyonlar nedeniyle taş cerrahisi teknik olarak zorluklar içerebilir. Uygun hasta seçimi ve cerrahi deneyim ile laparoskopik piyelolitotomi, büyük ve kompleks renal pelvis taşlarında güvenli ve etkili bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir.

VS-33) RADİKAL SİSTEKTOMİZE HASTADA ÜRETEROENTERİK ANASTOMOZ DARLIĞINA ENDOSKOPİK YAKLAŞIM : IŞIĞA DOĞRU KESME TEKNİĞİ

MUHAMMED SAİD KESKİN(1) MEHMET FATİH ŞAHİN(1) ERDEM CAN TOPKAÇ(1) ONUR AKYILDIZ(1) ÇAĞRI DOĞAN(1) RIDVAN ÖZCAN(1) AYHAN ŞAHİN(1) CENK MURAT YAZICI(1)

1. NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

65 YAŞINDA KADIN HASTA 2 YIL ÖNCE MESANE TÜMÖRÜ NEDENİYLE RADİKAL SİSTEKTOMİ OPERASTONU YAPILMIŞ. SOL YAN AĞRISI VE ATEŞ ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN HASTANIN YAPILAN GÖRÜNTÜLEMESİNDE SOL BÖBREKTE GRADE2 HN İZLENEMSİ ÜZEİRNE HASTAYA SOL NEFROSOMİS TAKILDI. ANTEGRAD GÖRÜNTÜLEMEDE SOL ÜRETER ALT UÇ-İLEAL LOOP ANOSTOMOS BÖLGESİNDE KONTARST GEÇİŞİ İZLENMEMESİ ÜZERİNE HASTAYA ANTEGRAD GİRİŞİM+SİNGLE J TAKILMASI PLANLANDI.

GEREÇ-YÖNTEM

Genel anestezi altında, prone pozisyonda, ileal stoma ağzı laterale dönük şekilde hastanın altı desteklenecek şekilde hasta hazırlandı. Gerekli örtüm ve arıtımdan sonra hastanın mevcut 8 FR sol nefrostomisinden kontrast madde verilerek böbrek C-kollu altında görüntülendi. Nefrostomi içerisinden böbreğe kılavuz tel ilerletildikten sonra nefrostomi çekildi ve perkütan 10-12FR dilatasyon yapıldı. Mevcut kılavuz tel üzerinden dual lümen katater böbreğe ilerletildi. Güvenlik amacıyla ikincil bir kılavuz tel daha böbreğe yerleştirildikten sonra bu kılavuz tellerden birinin üzerinden 11-13FR esnek uçlu üreteral erişim kılıfı gönderildi. Daha sonra erişim kılıfı içerisinden 7.5FR tek kullanımlık fleksible üreteroskop ile böbreğe girildi ve üreter içerisine dönüldükten sonra erişim kılıfı üreter orta kısma kadar ilerletildi. Üreter alt uç-anostomoz bölgesine ilerlendi ve komplet oblitere olduğu görüldü, guidewire ileal segmente ilerletilemedi. Üreteroskopun çalışma kanalından kontrast madde verildi ancak ileal loopa geçiş görülmemesi üzerine ileal loop içerisine tek kullanımlık fleksible sistoskop ile girildi, loopun anostomoz bölgesinde doğru ilerlendi. Fleksible üreteroskop içerisinden ilerletilen 272 mikronluk Thulium lazer ile sistoskop ve üreteroskopun ışıkları sırasıyla kapatılarak ışığa doğru kesme tekniği ile üreter alt uçtaki fibrotik dokulara ablasyon yapıldı. Ablasyon sonrasında pasaj açılarak ileal segment içerisinde üreteroskop ile girilerek çalışma kanalı içerisinden kılavuz tel ilerletildi. Sistoskop içerisinden kılavuz tel forceps yardımıyla tutularak vücut dışına alındıktan sonra tru-tru bağlantı sağlandı. 8-10-12 Fr üreter dilatatörleri ile retrograd dilatasyon yapıldıktan sonra kılavuz tel üzerinden 10Fr single J katater böbreğe ilerletildi. Kontrast madde ile pelviste kıvrımından emin olunduktan sonra işleme son verildi.

BULGULAR

Operasyon yaklaşık 100 dakika sürdü, komplikasyon gelişmedi, postoperatif 1. Günde nefrostomisi çekilen hasta taburcu edildi.

SONUÇ

Radikal sistektomi sonrası gelişen komplet üreteroenterik anastomoz darlıklarının tedavisinde antegrad ve retrograd kombine endoskopik yaklaşım ile gerçekleştirilen "cut-to-the-light" tekniği, açık cerrahiye gerek kalmadan güvenli ve etkili bir şekilde pasajın yeniden sağlanmasına olanak tanıyan minimal invaziv bir tedavi seçeneğidir.

VS-34) ÜRETRAL MESH EROZYONUNUN LAZER YARDIMLI EKZİSYONU

OKAN TÜRKTÜR(1) ONUR YATAĞAN(1) İLKER GÖKÇEDAĞ(2) MURAT CAN ERDOĞAN(1) MESUT BERKAN DURAN(1) ZAFER AYBEK(1)

1. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. MARDİN DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Geçirilmiş çoklu anti-inkontinans cerrahileri sonrasında üretral mesh erozyonu ve buna bağlı taşlaşmış cerrahi materyal gelişen 44 yaşındaki kadın hastada, holmiyum lazer yardımıyla gerçekleştirilen transüretral eksizyon yaklaşımını ve cerrahi tekniğini video eşliğinde sunmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

44 yaşında kadın hasta, disparoni (ağrılı cinsel ilişki) ve dizüri (idrar yaparken yanma) şikayetleri ile başvurmuştur. Hastanın tıbbi öyküsünde; 2016 yılında stres tipi üriner inkontinans (SÜİ) nedeniyle geçirilmiş operasyon, 2022 yılında ise tekrarlayan nüksler veya ek pelvik patolojiler nedeniyle posterior intravajinal sling (IVS) ve tension-free vaginal tape (TVT) operasyonları geçirdiği saptanmıştır. Ocak 2024'te dış merkezde mesh'in vajinal lümene eroze olan kısmi bir bölümünün eksize edildiği öğrenilmiştir.

Tanısal Değerlendirme: Yapılan jinekolojik muayenesinde; hafif derecede grade 1-2 sistosel saptanmış olup rektosel ve üretral karinkül izlenmemiştir. Hastanın devam eden dizüri şikayetlerinin netleştirilmesi amacıyla 20/08/25 tarihinde yapılan fleksibl sistoskopide; üretra girişinde (lümende) üzerinde taş formasyonu gelişmiş (taşlaşmış) cerrahi materyal (eroze mesh) doğrudan gözlenmiştir. Bu bulgularla hastaya transüretral endoskopik lazer yardımlı eksizyon planlanmıştır.

BULGULAR

Operasyon esnasında üretra lümenine eroze olan ve üzerinde kalsifikasyonlar (taşlaşma) barındıran sentetik mesh materyali, holmiyum lazer kullanılarak çevre üretral dokulardan güvenli bir şekilde disseke ve eksize edilmiştir. Lazer yardımlı minimal invaziv bu yaklaşım sayesinde üretral sfinkter mekanizması ve mukozal bütünlük maksimum düzeyde korunmuştur. Perioperatif herhangi bir kanama veya komplikasyon gelişmemiştir. Postoperatif takiplerinde kateteri çekilen hastanın disparoni ve dizüri şikayetlerinin tamamen gerilediği, nüks inkontinans veya üretral darlık gelişmediği saptanmıştır.

SONUÇ

Stres idrar kaçırma tedavisinde kullanılan sentetik askı materyalleri (TVT, TOT, IVS), uzun dönemde üretral veya vezikal erozyon gibi yönetimi zor komplikasyonlara yol açabilmektedir. Lümen içerisine sarkan bu materyaller zamanla idrar ile kaplanarak kalsifiye olmakta ve taşlaşmış cerrahi materyal tablosuna dönüşmektedir. Açık cerrahi eksizyonlara kıyasla transüretral endoskopik lazer yardımlı eksizyon yöntemi; operasyon konforu, düşük morbidite, sfinkter hasarından kaçınma ve hızlı iyileşme sağlaması yönüyle bu tür erozyon vakalarında oldukça efektif ve güvenilir bir tedavi alternatifidir.

VS-35) LAPAROSKOPİK PİYELOPLASTİDE RENAL VENE YANLIŞLIKLA UYGULANAN TİTANYUM KLİPİN VASKÜLER HASAR OLUŞTURMADAN ÇIKARILMASI

YUNUS EROL BOZKURT(1) AFGAN MAMMADLI(2)

1. MANİSA ŞEHİR HASTANESİ
2. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ

AMAÇ

Laparoskopik piyeloplasti sırasında gelişen venöz kanamalar, sınırlı görüş alanı nedeniyle hızlı müdahale gerektirmekle birlikte telaşlı davranmanın ek komplikasyon doğurabileceği durumlardır. Kanama kaynağının kesin olarak görülemediği anlarda uygulanan hemostatik girişimler, komşu vasküler yapıların yanlışlıkla klemplenmesi riskini taşır. Renal ven gibi majör bir damara istemsiz klip uygulanması fark edilmediğinde venöz konjesyon ve parankim hasarına yol açabilirken, klipin uygunsuz biçimde çıkarılmaya çalışılması ven duvarında yırtık ve kontrolü güç bir kanamaya neden olabilir. Bu bildiride, sağ laparoskopik piyeloplasti sırasında gonadal ven kanamasına müdahale edilirken renal vene yanlışlıkla uygulanan titanyum klipin vasküler hasar oluşturmadan geri alındığı bir olgunun video eşliğinde sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Otuz beş yaşında kadın hasta sağ yan ağrısı şikâyetiyle başvurdu; görüntülemede sağ üreteropelvik bileşke darlığı ve grade 3 hidronefroz saptandı. Preoperatif Tc-99m DTPA diüretik renografide sağ böbrekte obstrüktif drenaj paterni izlendi (T½ 22 dk); split renal fonksiyon sağ %38, sol %62 ölçüldü. Preoperatif Tc-99m DMSA sintigrafisinde sağ böbrek relatif fonksiyonu %37 olup kortikal skar izlenmedi. Hastaya transperitoneal yaklaşımla sağ laparoskopik dismembered piyeloplasti uygulandı. Diseksiyon sırasında gonadal venden kanama gelişti; sınırlı görüş alanında kaynak başlangıçta saptanamadı ve hemostaz amacıyla uygulanan titanyum klip yanlışlıkla renal ven üzerine yerleştirildi. Ardından kanama kaynağının gonadal ven olduğu anlaşılarak bu venin klemplenmesiyle hemostaz sağlandı ve görüş alanı berraklaştı. Bu aşamada renal ven üzerindeki klipin malpozisyonu fark edildi. Klip, laparoskopik alis klemp ile kavranarak ven duvarına dik değil laterale doğru, kademeli ve nazik traksiyon uygulanacak şekilde çekildi; ani ve kuvvetli hareketten kaçınıldı, her adımda ven duvarının gerilimi görsel olarak kontrol edildi.

BULGULAR

Titanyum klip, laterale uygulanan kontrollü traksiyon ile ven duvarını yırtmadan yandan kayarak çıktı. Doğrudan inspeksiyonla renal vende yırtık, laserasyon, sızıntı tarzında kanama veya intimal hasar bulgusu izlenmedi; venöz onarım, sütür veya ek hemostatik ajan gereksinimi olmadı. Operasyon süresi 145 dk, tahmini kan kaybı 80 mL idi; açık cerrahiye geçiş gerekmedi. Hasta postoperatif 3. günde sorunsuz taburcu edildi, komplikasyon gözlenmedi. Postoperatif 3. ayda tekrarlanan DTPA diüretik renografide drenaj paterni obstrüktif olmayan nitelikteydi (T½ 8 dk); split fonksiyon sağ %41 ölçüldü. Kontrol DMSA sintigrafisinde sağ böbrek relatif fonksiyonu %40 olup yeni kortikal skar veya fonksiyon kaybı saptanmadı.

SONUÇ

Bu olgu, kanama anında kaynağı doğrulamadan uygulanan hemostatik girişimlerin komşu vasküler yapılara hatalı klip riskini artırdığını göstermektedir; öncelik daima kanama kaynağının kesin olarak görülmesi olmalıdır. Bununla birlikte oluşmuş bir malpozisyon her zaman kalıcı değildir; doku bütünlüğü korunmuşsa titanyum klip ven duvarına zarar vermeden geri alınabilmektedir. Manevranın güvenliği atravmatik alet kullanımına, çekiş yönünün laterale ayarlanmasına ve hareketin kademeli, kontrollü ve sabırlı uygulanmasına bağlıdır. İntraoperatif hataların ve başarılı kurtarma yöntemlerinin şeffaf paylaşımı benzer durumlarla karşılaşan cerrahlar için önemli eğitsel değer taşımaktadır.

VS-36) TRANSPLANTE BÖBREKTE ÜRETER TAŞINA PERKÜTAN ACCESS VE LİTOTRİPSİ: OLGU SUNUMU

SÜLEYMAN ÖNER(1) ADEM GÜÇÜN(1) ÇAĞDAŞ US(1) ALİHAN KOKURCAN(1) ATA ÖZEN(1) İYİMSER ÜRE(1) AYDIN YENİLMEZ(1)

1. ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Renal transplantasyon sonrası gelişen üriner sistem taşları, değişen anatomi, eşlik edebilecek üreter anomalileri ve endoskopik erişim güçlükleri nedeniyle tedavi açısından önemli zorluklar oluşturabilmektedir. Bu olgu sunumunda transplante böbreğe retrograd endoskopik girişimle taşa ulaşılamayan bir hastada gerçekleştirilen perkütan erişim eşliğinde holmium lazer litotripsi tekniğinin sunulmasını amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

54 yaş erkek hasta kliniğimize sağ kolik ağrı şikayetiyle başvurdu. Hikayesinde 16 yıl önce dış merkezde renal transplantasyon öyküsü olduğu öğrenildi. Transplantasyondan 5 ay sonra transplante edilen böbreğin proksimal üreterinde darlık gelişmesi üzerine transplante böbreğin üreterinin sağ nativ üretere anastomoz edildiği öğrenildi. Tarafımıza sağ kolik ağrı ile başvuran hastanın çekilen kontrastsız abdomen bilgisayarlı tomografisinde (BT) transplante böbrekte grade 2 hidronefroz ve sağ proksimal üreterde 6 mm boyutunda taş izlendi. Hastaya tarafımızca yapılan üreterorenoskopide taşa açılanamaması nedeniyle 5 Fr 24 cm DJ stent takılarak işlem sonlandırıldı. Operasyon sonrasında sağ böbrek alt kaliksine nefrostomi takıldı perkütan endoskopik cerrahi planlandı.

BULGULAR

Preoperatif kreatinin değeri bazal 3.33 mg/dl olan, preoperatif idrar kültüründe üreme olmayan hastanın perkütan nefrostomi kateteri içerisinden hidrofilik guide-wire gönderilerek böbrek 12 fr'ye kadar dilate edildi ve access sheet üzerinden transplante böbreğe ulaşıldı. Taş, fleksible URS eşliğinde Cyber Ho Magneto 150W (Quanta,İtalya) lazer kullanılarak tamamen fragmante edildi. Operasyon süresi 52 dakika, skopi sayısı 16 olarak kaydedildi. Hasta endoskopik ve floroskopik olarak stone free kabul edildi. Peroperatif herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Renal pelvise nefrostomi kateteri yerleştirildi ve 5 Fr 24cm DJS takıldı. Postoperatif 2. Gününde nefrostomi kateteri çekilerek hasta taburcu edildi. 1. Ay kontrolünde çekilen BT'de taş ve hidronefroz izlenmedi. Serum kreatinini 2.70 mg/dl olarak bazal değerlerde ölçüldü. Lokal anestezi altında fleksible sistoskop kullanılarak DJS çıkarıldı.

SONUÇ

Transplante böbreği olan hastalarda retrograd endoskopik tedavi başarısızlığında perkütan erişim ile fleksible endoskopik taş cerrahisi güvenli ve etkili bir tedavi seçeneği olarak uygulanabilir.

VS-37) KADIN ÜRETRA DARLIĞINDA VENTRAL ÜRETROPLASTİ "A-Z" TEKNİĞİ

MELİKE GÜZELLER(1) OKAN TÜRKTÜR(1) AHMED MOUSA(1) KÜRŞAT KÜÇÜKER(1) ZAFER AYBEK(1)

1. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Geçirilmiş cerrahi öyküsü ve tekrarlayan üretral dilatasyonlara rağmen nüks eden, kateter ilerletilemeyen kadın üretra darlığı olgusunda, ventral yaklaşımla uygulanan "A-Z" tekniği üretroplasti ameliyatının etkinliğini, cerrahi basamaklarını ve fonksiyonel sonuçlarını video eşliğinde sunmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

37 yaşında kadın hasta, 2013 yılında geçirdiği sezaryen operasyonu sonrası idrar yapamaması nedeniyle üretral kateterizasyon öykü mevcuttur. Takip eden süreçte üretra darlığı tanısıyla 2 kez üretral dilatasyon uygulanmış ancak kalıcı başarı sağlanamamıştır. Hastanın bilinen herhangi bir ek hastalığı bulunmamaktadır.

Yapılan fizik muayenesinde stres testi negatif olarak saptanmıştır. Poliklinik şartlarında yapılan üretral kateterizasyon denemesinde 14 Fr kateterin üretradan ilerletilemediği görülmüştür. Operasyon öncesi yapılan üroflowmetri değerlendirmesinde; obstrüktif işeme eğrisi ile birlikte maksimum ve ortalama idrar akım hızları düşük saptanmış (Üroflow: 6.8 / 6.1 / 220 ml) ve işeme sonrası PVR 70 cc olarak ölçülmüştür. Bu klinik ve tanısal veriler doğrultusunda hastaya ventral yaklaşımla "A-Z" tekniği üretroplasti planlanmış ve cerrahi prosedür uygulanmıştır

BULGULAR

Ventral "A-Z" tekniği ile gerçekleştirilen üretroplasti operasyonu esnasında üretral lümen genişliği başarıyla restore edilmiş, perioperatif herhangi bir majör komplikasyon izlenmemiştir. Postoperatif dönemde hastanın obstrüktif işeme semptomlarının tamamen düzeldiği ve rahat idrar yaptığı saptanmıştır.

SONUÇ

Kadınlarda nadir görülen ve tedavisi klinisyenler için zorlayıcı olabilen üretra darlıklarında, tekrarlayan dilatasyonlar yerine açık cerrahi rekonstrüksiyon düşünülmelidir. Ventral rekonstrüktif yaklaşımla uygulanan "A-Z" tekniği üretroplasti; lümen açıklığının kalıcı olarak sağlanmasında, işeme parametrelerinin iyileştirilmesinde ve postoperatif rezidüel idrar miktarının azaltılmasında güvenilir, efektif ve uygulanabilir bir cerrahi alternatif sunmaktadır.

VS-38) POST-TRAVMATİK ANASTOMOTİK ÜRETROPLASTİ SONRASI BULBER DARLIKTA KOMBİNE VENTRAL ÜRETROPLASTİ VE DORSAL (HEINEKE-MİCULİCZ) REKONSTRÜKSİYON

MURAT CAN ERDOĞAN(1) DAVUT ÇİÇEK(1) AHMED MOUSA(1) ÖMER SALİH KÜLAK(1) KÜRŞAT KÜÇÜKER(1) ZAFER AYBEK(1)

1. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Geçmişte çoklu endoskopik girişimler ile inferior pubektomi + anastomotik üretroplasti öyküsü olan ve nüks proksimal bulber darlık gelişen 45 yaşındaki erkek hastada; sfinkter bütünlüğünü koruyarak uygulanan "Kombine Ventral Üretroplasti ve Dorsal Heineke-Mikulicz Rekonstrüksiyonu" tekniğini video eşliğinde sunmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

45 yaşında erkek hasta, obstrüktif işeme semptomları ile başvurmuştur. Hastanın tıbbi öyküsünde, 1994 yılında geçirilmiş bir trafik kazasına bağlı pelvik fraktür ve posterior üretra rüptürü bulunmaktadır. Geçmişinde 5 kez endoskopik girişim öyküsü bulunan hastaya, nükslerin devam etmesi üzerine 2024 yılında inferior pubektomi + anastomotik üretroplasti operasyonu uygulanmıştır. Özgeçmişinde başka bir özellik saptanmamıştır.

İşeme semptomlarının tekrarlaması üzerine yapılan retrograd üretrografide proksimal bulber üretrada nüks darlık izlenmiştir. Dış merkezde yapılan endoskopik değerlendirmede, eksternal üriner sfinkterin hemen distalinde yerleşen, 2 cm'lik anüler darlık alanı rapor edilmiştir. Operasyon öncesi yapılan üroflowmetri (işeme testi) ölçümlerinde akım hızlarının ciddi derecede obstrüktif olduğu saptanmış (Qmax: 8 ml/s, Qavg: 4 ml/s, Volüm: 530 ml) ve işeme sonrası kalıcı idrar miktarı (PVR) 50 ml olarak ölçülmüştür. Bu bulgular doğrultusunda hastaya açık cerrahi rekonstrüksiyon planlanmıştır.

BULGULAR

Perineal yaklaşımla gerçekleştirilen cerrahide, eksternal sfinkter mekanizması titizlikle korundu. Sfinkterin hemen distalindeki 2 cm'lik anüler darlık alanına lümen genişliğini kalıcı ve optimal seviyede restore etmek amacıyla kombine ventral üretroplasti ve eş zamanlı dorsal Heineke-Mikulicz rekonstrüksiyonu prosedürü video eşliğinde başarıyla uygulandı. Perioperatif veya erken postoperatif dönemde herhangi bir majör komplikasyon (kanama, hematom, enfeksiyon) izlenmedi. Postoperatif takiplerde kateteri çekilen hastanın işeme konforunun belirgin şekilde arttığı ve tam idrar kontrolüne sahip (kontinan) olduğu saptandı.

SONUÇ

Geçirilmiş kompleks pelvik fraktür ilişkili üretra yaralanmaları, pubektomili açık rekonstrüksiyonlar ve çoklu endoskopik operasyonlar sonrası gelişen nüks proksimal bulber darlıklar üroloji pratiğinin en zorlu cerrahi senaryolarından biridir. Eksternal sfinktere yakın yerleşimli bu anüler darlıklarda, lümene her iki düzlemde genişlik kazandıran kombine ventral üretroplasti ve dorsal Heineke-Mikulicz tekniği; inkontinans riskini minimize eden, lümen açıklığını maksimal seviyeye çıkaran ve nüks olgularda yüksek fonksiyonel başarı sunan efektif bir cerrahi alternatiftir.

VS-39) ANTERİOR VAJİNAL DUVAR PROLAPSUSUNUN CERRAHİ ONARIMINDA DARN TEKNİĞİ: CERRAHİ YAKLAŞIM VE TEKNİK DETAYLAR

OSMAN KÖSE(1) DENİZ GÜL(2) YUSUF ÖNDER ÖZSAĞIR(2) HASAN SALİH KÖSE(3) HACI İBRAHİM ÇİMEN(1) HÜSEYİN AYDEMİR(2) HASAN SALİH SAĞLAM(1)

1. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
3. OLTU DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Bu çalışmada, anterior vajinal duvar prolapsusunun (AVDP) cerrahi tedavisinde kullandığımız ve ilk kez 2013 yılında tanımladığımız anterior vajinal duvar darn (AVDD) tekniğinin uygulanışının ve elde edilen sonuçların sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya 2019–2024 yılları arasında AVWD tekniği ile tedavi edilen 44 hasta dahil edildi. Stres üriner inkontinansı bulunan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Tüm cerrahi girişimler tek bir cerrah tarafından gerçekleştirildi ve tüm hastalar en az bir yıl süreyle takip edildi. Pelvik organ prolapsusu, Pelvik Organ Prolapsusu Kantifikasyon (POP-Q) sistemi kullanılarak değerlendirildi. Cerrahi öncesi ve postoperatif birinci yılda iyileşmenin değerlendirilmesi amacıyla İnkontinans Etki Anketi-7 (IIQ-7) ve Ürogenital Distres Envanteri-6 (UDI-6) uygulandı.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 64,07±8,19 yıl, ortalama vücut kitle indeksi ise 29,21±3,30 kg/m² idi (Tablo 1). Cerrahi sonrası medyan takip süresi 42 ay (IQR: 25–78) olarak bulundu. Preoperatif semptomlar Tablo 2'de sunulmuş olup, postoperatif birinci yılda tüm semptomlarda anlamlı düzelme saptandı ($p<0,05$). Günlük ped kullanımı ve işeme sonrası rezidü idrar hacmi postoperatif dönemde anlamlı olarak azaldı ($p<0,001$). POP-Q ölçümleri Tablo 2'de gösterilmiş olup, cerrahi sonrası Aa, Ba ve Ap noktalarında istatistiksel olarak anlamlı iyileşme izlendi ($p<0,05$). Medyan UDI-6 ve IIQ-7 skorları postoperatif dönemde anlamlı düzeyde daha düşüktü ($p<0,001$). Postoperatif takip süresince hiçbir hastada vajinal mukozal erozyon veya başka bir komplikasyon gelişmedi. Ayrıca, yeniden cerrahi girişim gerektiren prolapsus nüksü hiçbir hastada gözlenmedi.

SONUÇ

AVDD tekniği kliniğimizde uzun yıllardır başarıyla uygulanmaktadır. Düşük komplikasyon oranı, yüksek hasta memnuniyeti ve postoperatif dönemde sağladığı anlamlı klinik iyileşme göz önüne alındığında, anterior vajinal duvar prolapsusunun cerrahi tedavisinde güvenilir ve etkili bir yöntem olarak değerlendirilebilir.

VS-40) POST-TURP BULBER ÜRETRA DARLIĞINDA DOUBLE FACE BUKKAL MUKOZA GREFT ÜRETROPLASTİ (DORSAL INLAY / VENTRAL ONLAY)

OĞUZ ÇELİK(1) MURAT CAN ERDOĞAN(1) BURAK SAĞLAM(1) TAHA CAN USKUN(1) MESUT BERKAN DURAN(1) ZAFER AYBEK(1)

1. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Transüretral prostat rezeksiyonu (TUR-P) sonrası gelişen, çoklu üretral dilatasyon ve tekrarlayan üriner retansiyon öyküsü bulunan bulber üretra darlığı olgusunda; "Double Face" (Dorsal Inlay / Ventral Onlay) bukkal mukoza greft üretroplasti tekniğinin basamaklarını ve cerrahi etkinliğini video eşliğinde sunmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

56 yaşında erkek hasta, obstrüktif işeme semptomları ile başvurmuştur. Hastanın tıbbi öyküsünde; Temmuz 2024'te geçirilmiş TUR-P operasyonu, sonrasında ise darlık nedeniyle uygulanan 4 adet üretra dilatasyonu ve 3 kez acil sonda takılmasını gerektiren üriner retansiyon mevcuttur. Özgeçmişinde ek hastalık olarak Koroner Arter Hastalığı (KAH) ve Hipertansiyon (HT) bulunan hastanın, geçirilmiş kardiyak anjiyo ve stent öyküsü bulunmaktadır.
Hastaya çekilen retrograd üretrografide bulber üretrada darlık saptanmıştır. Dış merkezde yapılan üretroskopik değerlendirmede, eksternal üriner sfinkterin hemen distalinde yerleşim gösteren 2-3 cm'lik anüler karakterde darlık alanı izlenmiştir. Operasyon öncesi yapılan üroflowmetri ölçümünde; maksimum idrar akım hızı (Qmax) 5 ml/s, ortalama idrar akım hızı (Qort) 4 ml/s ve işeme volümü 380 ml olarak saptanmış olup, işeme eğrisinin tipik "flat / düz tip obstrüktif akım eğrisi" karakterinde olduğu görülmüştür; işeme sonrası PVR saptanmamıştır. Bu veriler ışığında hastaya üretroplasti planlanmıştır. Genel anestezi altında, yüksek litotomi pozisyonunda darlık segmenti kılavuz tel eşliğinde geçilerek üretraya 12 Fr kateter yerleştirildi. Perineal insizyonla cilt ve cilt altı katlar geçildikten sonra bulbospongioz kas diseke edildi. Bulber üretra ventralden açıldı ve dar segment göz bistürisi ile insize edildi. Aynı seansta eş zamanlı olarak sol yanak içinden 1x7 cm boyutlarında bukkal mukoza grefti (BMG) alındı. Darlık alanında ventral ve dorsal kesimde fibrotik bant izlenmesi üzerine Double Face Bukkal Mukoza Greft Üretroplasti tekniği uygulandı. Dorsal düzleme 1x3 cm Dorsal Inlay BMG, ventral düzleme ise Ventral Onlay BMG rekonstrüksiyonu gerçekleştirildi. Üretraya 14 Fr silikon kateter yerleştirilmesini takiben, spongioz üretranın ayrılan iki parçası saat 6 hizasında bukkal mukozayı da içine alacak şekilde quilting yapıldı (bukkal mukoza spongioz üretra olacak şekilde). Anatomik planlarına uygun olarak dokular kapatılarak işlem komplikasyonsuz sonlandırıldı.

BULGULAR

"Double Face" greft tekniği ile gerçekleştirilen rekonstrüksiyon sayesinde üretral lümen genişliği darlık segmenti boyunca başarıyla rekonstrükte edilmiştir. KAH ve HT gibi kardiyovasküler ek hastalıkları bulunan hastanın perioperatif ve erken postoperatif süreçleri sorunsuz ve komplikasyonsuz tamamlanmıştır. Postoperatif takiplerde üretral kateteri çekilen hastanın işeme şikayetlerinin tamamen düzeldiği, flat akım eğrisinin fizyolojik eğriye döndüğü ve üriner kontinansın korunduğu gözlenmiştir.

SONUÇ

Endoskopik prostat cerrahileri (TUR-P) sonrasında eksternal sfinktere yakın proksimal bulber bölgede gelişen ve tekrarlayan dilatasyonlardan fayda görmeyen anüler darlıklar, üroloji pratiğinde rekonstrüksiyonu en hassas olgulardandır. Bu tür lümeni daralmış ve fibrotik segmentlerde, hem dorsal hem de ventral düzlemde bukkal mukoza greft ile üretroplasti yapılan "Double Face" tekniği; sfinkter mekanizmasını koruyarak nüks riskini minimalize eden, yüksek anatomik ve fonksiyonel başarı sunan güvenilir bir cerrahi alternatiftir.

VS-41) ARAÇ DIŞI TRAFİK KAZASI SONRASI GELİŞEN TRAVMATİK ÜRETRAL DARLIKTA K ÜRETROPLASTİ: CERRAHİ TEKNİĞİN ADIM ADIM VİDEO SUNUMU

MEHMET GÜRKAN ARIKAN(1) İSMAİL ÖNDER YILMAZ(1) NEBİL AKDOĞAN(1) İBRAHİM ALKAN ÇELEN(1) GÜRKAN TÜRKOĞLU(1) MUTLU DEĞER(1)

1. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ

AMAÇ

Travmaya bağlı gelişen bulbar üretra darlıkları, genç hasta popülasyonunda önemli morbiditeye yol açan ve cerrahi tedavi gerektiren kompleks bir klinik durumdur. Bu video sunumunda, araç dışı trafik kazası sonrası üretra darlığı gelişen 18 yaşındaki erkek hastada uygulanan üretroplasti tekniğinin cerrahi adımlarının ve intraoperatif yaklaşımın detaylı olarak gösterilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Travma öyküsü olan 18 yaşındaki erkek hastada üretral darlık nedeniyle yapılan değerlendirmede sistoskopi sırasında bulbar üretrada kör sonlanan segment izlendi. Darlık segmentinin anatomik özellikleri ve uzunluğu değerlendirildikten sonra cerrahi tedavi kararı alındı. Hastaya üretroplasti işlemi uygulandı. Video kaydında perineal yaklaşım, darlık segmentinin eksizyonu, sağlam üretral uçların spatülasyonu ve gerilimsiz anastomoz tekniği ayrıntılı olarak gösterildi.

BULGULAR

Cerrahi sırasında fibrotik darlık segmenti tamamen eksize edildi ve sağlıklı üretra uçları spatüle edilerek uç uca, su sızdırmaz anastomoz sağlandı. İntraoperatif kaçak izlenmedi. Postoperatif erken dönemde komplikasyon gelişmedi ve hasta sorunsuz şekilde taburcu edildi. Erken takipte işeme fonksiyonlarının düzeldiği gözlendi.

SONUÇ

Travmatik bulbar üretra darlıklarında üretroplasti, uygun hastalarda yüksek başarı oranına sahip etkili bir tedavi seçeneğidir. Cerrahi tekniğin video ile sunulması eğitici değeri artırmaktadır.

VS-42) PROLİDAZ EKSİKLİĞİNE BAĞLI DEV SKROTAL LENFÖDEMDE BAŞARILI GENİTAL REKONSTRÜKSİYON: NADİR BİR OLGU

FURKAN KUZUCU(1) OĞUZHAN KESKİN(2) ANIL DEMİRÖZ(1) ELİF ALTINAY KIRLI(1) BÜLENT ÖNAL(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİa

AMAÇ

Prolidaz eksikliği, kollajen metabolizmasını etkileyen otozomal resesif bir hastalık olup genital lenfödem ile birlikteliği son derece nadirdir. Bu olgu sunumunda, prolidaz eksikliğine bağlı gelişen dev skrotal lenfödem nedeniyle Charles prosedürü ile başarılı genital rekonstrüksiyon uygulanan adölesan hastanın sunulması ve cerrahi yaklaşımın değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Genetik olarak doğrulanmış prolidaz eksikliği bulunan 16 yaşındaki erkek hasta, yaklaşık dört yıldır progresif skrotal büyüme nedeniyle değerlendirildi. Fizik muayenede penis tamamen internalize görünümde olup ileri derecede fibrotik, masif skrotal lenfödem mevcuttu. Üroflowmetri normaldi. Hormonal değerlendirme ve skrotal ultrasonografide testiküler parankim korunmuş olarak izlendi. Yaygın fibrozis, belirgin fonksiyonel kısıtlılık, kozmetik deformite ve psikososyal etkilenme nedeniyle multidisipliner konsey kararıyla Charles prosedürü uygulandı.

BULGULAR

Genel anestezi altında yaklaşık 18×14×8 cm boyutlarında ve 1750 g ağırlığında lenfödemli skrotal doku eksize edildi. Operasyon süresi 185 dakika idi. Bilateral testisler ve spermatik kord korunarak anatomik pozisyonlarına yerleştirildi. Sağlam skrotal deriden hazırlanan split-thickness deri grefti ile yeni skrotum oluşturuldu ve MiniVac dren yerleştirildi. Postoperatif dönemde majör komplikasyon gelişmedi, greft canlılığı korundu ve penis tamamen eksternalize görünüm kazandı. Kozmetik ve fonksiyonel sonuçlar tatmin edici olup lenfödem nüksü izlenmedi.

SONUÇ

Literatürde prolidaz eksikliğine bağlı genital lenfödem olguları oldukça sınırlıdır. Prolidaz eksikliğine bağlı dev skrotal lenfödem ise oldukça nadir görülen bir klinik tablodur. İleri evre fibrotik genital lenfödem olgularında Charles prosedürü; testiküler yapıların korunmasına olanak sağlayan, genital anatomiyi yeniden oluşturan ve fonksiyonel ile kozmetik sonuçları iyileştiren etkili bir rekonstrüktif seçenektir. Özellikle çocuk ve adölesan hastalarda cerrahi tedavi planlanırken psikososyal iyilik hali ve fertilitenin korunması da tedavi hedefleri arasında yer almalıdır.

VS-43) DUPLİKE SİSTEMDE VAJENE AÇILAN DİLATE ÜRETERİN LAPAROSKOPİK ÜRETEROÜRETEROSTOMİ İLE YÖNETİMİ: OLGU SUNUMU

SAMET MERT GÖDE(1) EFEKAN KOYUNCU(1) MEHMET AKTAŞ(1) MUSTAFA SERDAR KALEMCİ(1) KASIM EMRE ERGUN(1)

1. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Üreterin vajene ektopik açılımı duplike toplayıcı sistemin eşlik ettiği olgularda nadir görülen konjenital bir anomalidir. Üst pol üreterin vajene açıldığı bu durumda üst pol böbrek parankiminin korunması ve üriner kontinansın sağlanması cerrahi tedavinin temel hedeflerini oluşturmaktadır. 28 yaş kadın hastada uygulanan laparoskopik üreteroüreterostominin teknik ayrıntıları ve erken dönem sonuçları sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Yirmi sekiz yaşında kadın hasta sol yan ağrısı ve sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme şikâyetiyle başvurdu. Bilinen ek hastalığı ve cerrahi öyküsü bulunmuyordu.Preoperatif görüntüleme Ağustos 2025 tarihinde çekilen BT Ürografide her iki böbrekte duplike toplayıcı sistem izlendi. Sol böbrek üst pol toplayıcı sisteminin grade 4 dilate olduğu ve parankimin belirgin biçimde inceldiği görüldü. Sol üreter seyri boyunca dilate olup üst pol üreterinin mesane posterior kesiminden geçerek vajen duvarında sonlandığı tespit edildi. Eylül 2025 tarihli DMSA'da sol böbrek %39,4, sağ böbrek %60,6 Üst pol parsiyel fonksiyonunun korunuyor olması nedeniyle rekonstrüktif cerrahi planlandı [1]Cerrahi planlama:Ektopik üreter ile alt pol üreterin birleştirildiği laparoskopik ipsilateral üreteroüreterostomi tercih edildi. Alt pol fonksiyonunu riske atmaksızın üst pol drenajını alt pol üretere yönlendirmesi bakımından, özellikle yeterli distal üreter uzunluğu bulunan ve mesaneye uzak açılımlı ektopik üreterli olgularda kabul görmüş bir yaklaşımdır [2,3,4]Cerrahi teknik: 60 lateral dekübit pozisyonunda genel anestezi altında masaya alındı. Pnömoperitoneum oluşturuldu. 2 adet 10 mm, 1 adet 5 mm olmak üzere 3 port yerleştirildi. Toldt hattından kolon medialize edilerek retroperitoneal alana girildi. Böbrek bulundu. Keskin ve künst diseksiyonlar ile Sol duplike üreterler net biçimde ortaya konuldu. Vajene açılan dilate ektopik üreter proksimalden kesildi; distal güdük sütürle kapatıldı. Alt pol üreter de proksimal düzeyde kesilerek spatüle edildi. Üst pol ile alt pol üreter arasında end-to-side (uç-yan) anastomoz gerçekleştirilmeden önce 6 Fr double-J stent yerleştirildi. Anastomoz 4/0 Vicryl sütür ile yapıldı. Port yerleri 3.0 vcyril ile subkutan kapatılarak işlem sonlandırıldı.

BULGULAR

İntraoperatif veya postoperatif majör komplikasyon gelişmedi. Tahmini kan kaybı minimal düzeyde kaldı. Postoperatif 1. günde foley sonda çekildi. Hasta, herhangi bir komplikasyon yaşamaksızın postoperatif 2. günde taburcu edildi. Postoperatif 1. ayda DJ stent başarıyla çıkarıldı. Postoperatif 4. ayda gerçekleştirilen kontrol BT-Üro incelemesinde üst pol drenajının sağlandığı ve ektopik üreterdeki dilatasyonun belirgin biçimde gerilediği görüldü.

SONUÇ

Bu olgu, vajene açılan semptomatik ektopik üreterin eşlik ettiği duplike toplayıcı sistemde, yeterli böbrek fonksiyonel rezervi varlığında laparoskopik üreteroüreterostominin güvenli ve etkin bir rekonstrüktif seçenek olduğunu desteklemektedir.. Tek olguluk deneyimden geniş çaplı sonuçlar çıkarmak mümkün olmamakla birlikte, bu tablo üst pol koruyucu rekonstrüktif cerrahinin seçilmiş vakalarda uygulanabilir olduğunu göstermesi bakımından literatüre katkı sağlamaktadır [1,2.4,6].

VS-44) KOMPLET PROKSİMAL ÜRETRA DARLIKLARINDA ANASTOMATİK ÜRETROPLASTİ

OKAN TÜRKTÜR(1) BURAK SAĞLAM(1) BERKAY AYTEKİN(1) MESUT BERKAN DURAN(1) ZAFER AYBEK(1)

1. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Perineal künt travma sonrası gelişen, suprapubik katetere bağımlı ve tam obstruktif proksimal bulbar üretra darlığı olgusunda uygulanan uç uca (uç-yan) anastomotik üretroplasti ameliyatının cerrahi basamaklarını, teknik inceliklerini ve klinik sonuçlarını video eşliğinde sunmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

54 yaşında erkek hasta, 2023 yılında motosiklete binmeye çalışırken perineal bölgeye künt travma alma öyküsüyle başvurmuştur. Gerçekleşen kazadan sonra hastanın üretral yoldan idrar çıkışı tamamen kesilmiştir. Kazadan sonraki süreçte hastanın takipleri suprapubik kateter (sistostomi) aracılığıyla sürdürülmüştür. Hastanın özgeçmişinde ek hastalık olarak koroner arter hastalığı (KAH) mevcuttur.

Preoperatif dönemde yapılan üretral radyolojik değerlendirmeler kapsamında çekilen Üretra MR incelemesinde; membranöz üretra ile bulbar üretra proksimal kesim bileşkesinde, yaklaşık 1 cm'lik segment boyunca uzanan tam obstruktif lezyon (komplet obliterasyon) saptanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda hastaya açık cerrahi rekonstrüksiyon planlanarak perineal yaklaşımla anastomotik üretroplasti operasyonu uygulanmıştır.

BULGULAR

Operasyon sırasında darlık bölgesi tamamen eksize edilmiş ve sağlıklı üretra uçları mobilize edilerek gerginliksiz bir şekilde uç uca anastomoz gerçekleştirilmiştir. Koroner arter hastalığı olan hastanın perioperatif süreci sorunsuz tamamlanmış ve erken dönemde herhangi bir kardiyak veya cerrahi komplikasyon izlenmemiştir. Postoperatif takiplerde üretral kateterin çekilmesini takiben hastanın suprapubik kateteri kapatılmış ve spontan, konforlu bir şekilde idrar yapması sağlanmıştır.

SONUÇ

Perineal künt travmalar, membranöz ve proksimal bulbar üretrada kısa segmentli ancak komplet obliterasyonla sonuçlanan ciddi darlıklara yol açabilmektedir. Bu tarz tam obstruktif kısa segment lezyonlarda ve suprapubik katetere bağımlı hastalarda, açık anastomotik üretroplasti tekniği; yüksek başarı oranları, düşük nüks insidansı ve kalıcı lümen açıklığı sağlaması yönüyle günümüzde altın standart tedavi yöntemi olma özelliğini korumaktadır.

VS-45) PENOSKROTAL BASKINLIĞIN GÖLGESİNDE: İNFRAPUBİK PENİL PROTEZ CERRAHİSİNİN RASYONELİ

ALİ CAN ALBAZ(1) OKAN YİĞİT(1) AHMET YILMAZ(1)

1. MANISA CELAL BAYAR ÜNIVERSITESI, TIP FAKÜLTESI, ÜROLOJI

AMAÇ
Şişirilebilir penil protez implantasyonunda penoskrotal yaklaşım, cerrahi pratikte en sık tercih edilen yöntemlerden biridir. Bununla birlikte mevcut literatürde infrapubik ve penoskrotal yaklaşımlar arasında enfeksiyon, genel komplikasyon ve hasta memnuniyeti açısından belirgin bir üstünlük ortaya konmamıştır. Buna rağmen infrapubik yaklaşım, cerrahi alışkanlıklar, öğrenme eğrisi ve nörovasküler yapılara ilişkin endişeler nedeniyle daha az tercih edilmektedir. Bu video bildiride, primer şişirilebilir penil protez implantasyonunda infrapubik yaklaşımın anatomik ve teknik rasyonelinin sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Erektil disfonksiyon nedeniyle şişirilebilir penil protez implantasyonu planlanan, geçirilmiş penil veya pelvik cerrahi öyküsü bulunmayan, zayıf vücut yapısına sahip diyabetik bir hasta infrapubik yaklaşımla minimal kesiden opere edildi. Cerrahi işlemde infrapubik kesi sonrası Buck fasyası ve korporal yapılar ortaya konuldu. Bilateral korporotomi, korporal dilatasyon, silindir ölçümü ve implant yerleştirilmesi standart basamaklara uygun olarak gerçekleştirildi. Rezervuar aynı insizyon hattından uygun alana yerleştirildi ve pompa skrotal poşa konumlandırıldı. Video sunumunda kesi planlaması, nörovasküler yapılardan korunma, korporal ekspozisyon, rezervuar yerleşimi ve pompa pozisyonlandırılması aşamaları teknik ayrıntılarıyla gösterildi.

BULGULAR
İnfrapubik yaklaşım ile penil protez implantasyonunun tüm temel cerrahi basamakları 3 cm'lik tek kesi üzerinden uygulanabilir olduğu gösterildi. Bu yaklaşımın özellikle rezervuar yerleşiminde direkt ve kontrollü bir cerrahi alan sağlaması, skrotal cilt insizyonundan kaçınılması ve uygun hastada korporal yapılara yeterli erişim sağlaması öne çıkan teknik avantajlar olarak değerlendirildi. Cerrahi sırasında skrotal manipülasyonun minimal düzeyde gerçekleşmesi, pompa yerleşimi dışında skrotal dokularla temasın sınırlı kalmasını sağladı. Skrotal diseksiyonun ve doku travmasının sınırlı tutulmasının, postoperatif skrotal ödem ve hematom gelişme olasılığını azaltabileceği düşünüldü. Bu sayede hastada geniş skrotal baskılı pansuman, yoğun kompresyon ihtiyacı ve buna bağlı postoperatif konfor kaybı gibi durumların en aza indirilebileceği öngörüldü. Minimal kesi kullanımı ile cerrahi alanın daraltılması, yara yüzeyinin küçültülmesi ve potansiyel kontaminasyon alanının sınırlandırılması hedeflendi. Bu teknik yaklaşımın, özellikle protez cerrahisinde kritik öneme sahip olan enfeksiyon riskini azaltmaya katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ
İnfrapubik yaklaşım, penil protez implantasyonunda yalnızca daha az kullanılan bir alternatif değil; uygun hasta seçiminde anatomik, kozmetik ve teknik avantajlar sunabilen rasyonel bir cerrahi stratejidir. Penoskrotal yaklaşımın yaygın kullanımı, infrapubik yaklaşımın geri planda kalmasını açıklayabilir; ancak mevcut kanıtlar, enfeksiyon ve genel komplikasyonlar açısından belirgin bir dezavantaj ortaya koymamaktadır. Bu nedenle infrapubik yaklaşım, özellikle primer vakalarda ve uygun anatomik özelliklere sahip hastalarda cerrahi seçenekler arasında daha görünür ve bilinçli şekilde değerlendirilmelidir.

VS-46) TEDAVİYE DİRENÇLİ MESANE AĞRISI VE ŞİDDETLİ POLLAKÜRİNİN NADİR BİR NEDENİ: ÇOKLU HUNNER LEZYONLARININ ENDOSKOPİK TEDAVİSİ

FURKAN ÖZKARAALP(1) MÜCAHİD OĞUZHAN PERU(1) MUSTAFA GÜLMEN(1) ALİ FURKAN BATUR(1)

1. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Konya

AMAÇ

Hunner lezyonları, mesane ağrı sendromunun/interstisyel sistitin nadir ancak klinik olarak önemli bir fenotipidir. Tanınması tedavi yaklaşımını tamamen değiştirdiğinden sistoskopik değerlendirme büyük önem taşımaktadır. Bu video bildiride çok sayıda Hunner lezyonu saptanan bir olgunun tanı ve endoskopik tedavi süreci sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

50 yaşında kadın hasta yaklaşık 5 yıldır devam eden şiddetli pollaküri, noktüri (günde yaklaşık 30 kez işeme), mesane ağrısı ve dizüri yakınmaları ile başvurdu. Hasta daha önce farklı merkezlerde değerlendirilmiş ve çeşitli antikolinerjik tedaviler kullanmasına rağmen semptomlarında anlamlı düzelme sağlanamamıştı.
Klinik değerlendirme sonrasında mesane ağrı sendromu açısından ileri inceleme planlandı. Lokal anestezi altında yapılan sistoskopide mesane mukozasında beş ayrı odakta Hunner lezyonu izlendi.
EAU Kılavuzu doğrultusunda Hunner lezyonu bulunan hastalarda endoskopik ablasyon önerildiğinden, hastaya genel anestezi altında sistoskopi, biyopsi ve Hunner lezyonlarının transüretral fulgurasyonu uygulandı.

BULGULAR

İşlem komplikasyonsuz tamamlandı.
Patolojik inceleme kronik inflamasyon ile uyumlu olarak raporlandı.
Postoperatif ilk ay içerisinde irritatif semptomlarda geçici artış ve ağrı yakınmaları izlendi. Takip sürecinde hastaya pentosan polisülfat sodyum (Elmiron®), GAG replasman tedavisi, antikolinerjik tedavi ve amitriptilin 10 mg uygulandı.
Altı aylık takipte hastanın ağrısında belirgin gerileme olduğu, gündüz idrar sıklığının anlamlı ölçüde azaldığı ve yaşam kalitesinin belirgin düzeldiği gözlendi.

SONUÇ

Tedaviye dirençli mesane ağrısı, şiddetli pollaküri ve irritatif alt üriner sistem semptomları bulunan hastalarda Hunner lezyonları mutlaka akılda tutulmalıdır. Sistoskopi ile tanının doğrulanması, biyopsi ile malignitenin dışlanması ve Hunner lezyonlarının transüretral fulgurasyonu seçilmiş hastalarda semptom kontrolünde etkili ve kılavuzlarla desteklenen bir tedavi seçeneğidir

VS-47) PEYRONİE HASTALIĞI: İZOLE LATERAL 65 DERECE PENİL KURVATÜRÜN XENOGREFT İLE ONARIMI

MUHAMMED EREN KOCAEREN(1) ÇAĞRI DOĞAN(1) ONUR AKYILDIZ(1) MEHMET FATİH ŞAHİN(1) RIDVAN ÖZCAN(1) AYHAN ŞAHİN(1) CENK MURAT YAZICI(1)

1. NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Peyronie hastalığı, tunika albugineada fibröz plak oluşumu ile karakterize kronik bir hastalıktır. Plaklar lateral yerleşimli olabilmektedir ve buna bağlı olarak penil deformite ile ereksiyon sırasında ağrı gelişebilir. Bu olgu sunumunda, izole lateral yerleşimli ve 65° penil eğriliğe neden olan bir Peyronie hastalığı vakası sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

60 yaşında erkek hasta yaklaşık altı yıldır devam eden penil eğrilik ve cinsel ilişkiye girememe şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın penil eğriliğinin son iki yıldır ilerlemediği ve stabil fazda olduğu öğrenildi. Hastanın erektil fonksiyonunun yeterli olduğu, fosfodiesteraz tip 5 inhibitörü kullanmadığı ve ek sistemik hastalığının bulunmadığı kaydedildi. Fizik muayenede penis orta şaft seviyesinde lateral yüzde yaklaşık 4×2 cm boyutlarında, belirgin kalsifik özellik gösteren Peyronie plağı ile uyumlu sertlik palpe edildi. Gerilmiş penis uzunluğu 11.4 cm, sirkümsizyon hattından ölçülen penis çevresi 10 cm olarak kaydedildi. Hastanın preoperatif IIEF-5 skoru 22 olarak değerlendirildi.Hastanın getirdiği otofotoğraflar kurvatür derecesinin objektif değerlendirilmesine uygun bulunmadığından poliklinik koşullarında 10 mcg intrakavernozal alprostadil uygulanarak farmakolojik ereksiyon oluşturuldu. Ereksiyon sırasında yaklaşık 65 derece izole lateral penil kurvatür izlendi ve cerrahi tedavi planlandı.Genel anestezi altında supin pozisyonda steril hazırlık ve örtünmenin ardından sirkümsizyon hattından insizyon yapıldı. Keskin ve künt disseksiyon ile penis tamamen deglove edildi. Artifisyel ereksiyon oluşturularak deformitenin yönü ve derecesi yeniden değerlendirildi. Buck fasyası lateralden açılarak her iki tarafta dikkatli şekilde disseke edildi ve nörovasküler yapıların bütünlüğü korunarak mobilizasyon sağlandı. Peyronie plağının ileri derecede kalsifiye olduğu görüldü. Plak bistüri yardımıyla yüzeyel olarak tıraşlanarak inceltildi. Ardından plağın en geniş olduğu bölgeye, tunikadaki gerilimi ortadan kaldıracak şekilde çift Y insizyon uygulandı ve oluşan tunikal defekt ölçülerek uygun boyutlandırılmış sığır perikardından elde edilen xenogreft ile kapatıldı. Greft, 4/0 Vicryl sütür ile tunika albugineaya tespit edildi. Kontrol artifisyel ereksiyonunda penisin büyük oranda düzeldiği görüldü. Hemostaz sağlandıktan sonra Buck fasyası ve dartos fasyası anatomik planlarına uygun olarak kapatıldı. Cilt sütürasyonu tamamlandıktan sonra kompresif olmayan Koban pansuman uygulanarak operasyon sonlandırıldı. Hastaya erken postoperatif dönemde penil rehabilitasyon programı hakkında ayrıntılı bilgi verildi.

BULGULAR

Operasyon süresi 105 dakika olarak kaydedildi. Cerrahi sırasında üretral yaralanma, nörovasküler demet hasarı veya kontrol edilemeyen kanama gibi peroperatif komplikasyon gelişmedi. Hastanın postoperatif erken dönem takibinde hematom, enfeksiyon, yara yeri ayrışması veya glans duyu kaybı izlenmedi. Yeni gelişen erektil disfonksiyon saptanmadı. Postoperatif birinci ay kontrolünde hastanın ereksiyon sırasında çekilen otofotoğraflarında yaklaşık rezidü lateral kurvatür izlenmedi.Hastanın IIEF-5 skoru 23 olarak değerlendirildi. Gerilmiş penis uzunluğu 11.9 cm, penis çevresi ise 10.2 cm olarak ölçüldü. Hasta kozmetik görünümden ve penetratif cinsel ilişki kurabilmesinden memnun olduğunu ifade etti.

SONUÇ

Bu olguda erken dönemde yüksek hasta memnuniyeti, başarılı anatomik düzeltme ve düşük komplikasyon oranı elde edilmiştir.

VS-48) POST-PROSTATEKTOMİ PROKSİMAL BULBAR DARLIKTA KONTİNANS KORUYUCU VENTRAL ÜRETROPLASTİ

OKAN TÜRKTÜR(1) MEL GÜZELLER(1) OĞUZ ÇELİK(1) KÜRŞAT KÜÇÜKER(1) ZAFER AYBEK(1)

1. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Geçirilmiş transüretral prostat rezeksiyonu (TUR-P) ve tekrarlayan üretral dilatasyon öyküsü bulunan, verru montanumun hemen distalinde darlık gelişen 75 yaşındaki erkek hastada; üriner kontinansı (idrar tutma fonksiyonunu) riske atmadan uygulanan ventral yaklaşımlı üretroplasti ameliyatının cerrahi tekniğini ve basamaklarını video eşliğinde sunmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

75 yaşında erkek hastanın özgeçmişinde ek hastalık olarak Diyabetes Mellitus (DM) ve 2018 yılında geçirilmiş TUR-P operasyonu öyküsü mevcuttur. 2018 yılına ait dış merkez operasyon notunda; verru montanumun 2 cm distalinde darlık tespit edildiği ve 26 Fr boyutuna kadar Amplantz dilatasyon uygulandığı belirtilmiştir. Bu işlem sonrasında hastanın 2025 yılına kadar 3 kez daha üretral dilatasyon geçirme öyküsü bulunmaktadır.

Darlık semptomlarının nüks etmesi üzerine 2025 yılında çekilen retrograd üretrografide bulber üretrada darlık saptanmıştır. Sfinkter mekanizmasına yakın yerleşimli proksimal bulbar darlık tablosu olan ve tekrarlayan endoskopik girişimlerden fayda görmeyen hastaya, üriner kontinansın korunması hedeflenerek perineal yaklaşımla "ventral üretroplasti" operasyonu planlanmış ve cerrahi prosedür video eşliğinde uygulanmıştır.

BULGULAR

Ventral yaklaşımla gerçekleştirilen üretroplasti operasyonunda, eksternal üriner sfinkter mekanizması titizlikle korunarak darlık bölgesi rekonstrüktif olarak restore edilmiş ve lümen açıklığı başarıyla sağlanmıştır. İleri yaş ve diyabet gibi ek morbiditelere rağmen perioperatif dönemde herhangi bir majör komplikasyon izlenmemiştir. Postoperatif erken ve orta dönem takiplerinde hastanın obstrüktif işeme semptomlarının tamamen ortadan kalktığı ve en önemlisi hastanın tam idrar kontrolüne sahip olduğu (kontinansın eksiksiz korunduğu) gözlenmiştir.

SONUÇ

Prostat cerrahileri (TUR-P, HoLEP veya radikal prostatektomi) sonrasında eksternal sfinktere yakın proksimal bulbar bölgede gelişen üretra darlıkları, inkontinans riski nedeniyle cerrahi rekonstrüksiyon açısından oldukça hassas olgulardır. Bu tür zorlu vakalarda, anatomik planlara sadık kalınarak yapılan ventral yaklaşımlı üretroplasti; sfinkter hasarını ve buna bağlı postoperatif idrar kaçırma riskini minimize ederken, tekrarlayan dilatasyonlara kıyasla kalıcı ve yüksek fonksiyonel başarı sağlayan güvenilir bir seçenektir.

2010

Ürolojik
Cerrahi
Derneği

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SB-1) ANTERİOR ÜRETRA DARLIKLARINDA VENTRAL ONLAY BUKKAL MUKOZA GREFT ÜRETROPLASTİ: OBEZİTE VE ENDOSKOPİK PROSTAT CERRAHİSİ SONRASI ETİYOLOJİ SONUÇLARI NASIL ETKİLER?

KÜRŞAT KÜÇÜKER(1) MESUT BERKAN DURAN(1) MELİKE GUZELLER(1) OKAN TÜRKTÜR(1) ALİ ERSİN ZÜMRÜTBAŞ(1) ZAFER AYBEK(1)

1. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Bulbar üretra darlıkları nedeniyle ventral onlay bukkal mukoza grefti (BMG) üretroplastisi uygulanan hastaların sonuçlarını değerlendirmek; vücut kitle indeksi (VKİ) ve darlık etiyolojisine göre sınıflandırılmış sonuçlara odaklanmak.

GEREÇ-YÖNTEM

Şubat 2019 ile Mayıs 2024 tarihleri arasında iki üçüncül basamak referans merkezinde ventral onlay BMG üretroplastisi yapılan 63 hastanın retrospektif analizi gerçekleştirildi. Başarı, ikincil bir müdahaleye gerek kalmaksızın ameliyat sonrası Qmax (maksimum idrar akım hızı) değerinin ?15 mL/sn olması olarak tanımlandı. Darlıksız sağkalım Kaplan-Meier analizi ile değerlendirildi. Başarısızlık öngördürücüleri lojistik regresyon analizi kullanılarak incelendi.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 61.6±13.2 yıl, ortalama VKİ değeri ise 27.9±6.7 kg/m² olarak saptandı. En sık görülen etiyolojik neden TUR/HoLEP sonrası gelişen darlıklardı (%61.9). Ortalama takip süresi 47.5±18.1 aydı. Genel başarı oranı %87.3 (55/63) olarak belirlendi. Ameliyat sonrası ortalama Qmax değeri 5.7±1.8'den 19.6±5.5 mL/sn'ye yükselerek anlamlı bir artış gösterdi ($p<0.001$). Kaplan-Meier analizi, 60 aylık darlıksız sağkalım oranının %87.2 olduğunu ortaya koydu. Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde obezite (VKİ ?30 kg/m²), tedavi başarısızlığının yegane bağımsız öngördürücüsü olarak tespit edildi (OR=1.935, %95 GA 1.089–3.440, $p=0.024$). Obez hastalarda 60 aylık sağkalım oranı, fazla kilolu gruba kıyasla anlamlı derecede düşük bulundu (%58.3'e karşılık %94.1, log-rank $p=0.017$). TUR/HoLEP sonrası darlık gelişen hastalarda (n=39) başarı oranı %87.2 olarak kaydedildi; sadece 4 hastada (%10.3) hafif düzeyde stres üriner inkontinans (idrar kaçırma) gözlendi ve hiçbirinde cerrahi müdahale gerekmedi.

SONUÇ

Ventral onlay BMG üretroplastisi, literatürde yayınlanan referans değerlerle uyumlu, kalıcı bir rekonstrüksiyon sağlamaktadır. Obezite, uzun dönem darlıksız sağkalım oranının anlamlı derecede düşük olması ile ilişkilidir. Ventral yaklaşım, TUR/HoLEP sonrası darlık gelişen hastalarda kontinansın (idrar tutma yetisinin) tatmin edici düzeyde korunmasını sağlamaktadır.

SB-2) TEKRARLAYAN ÜRETRA DARLIĞI TEDAVİSİNDE PAKLİTAKSEL KAPLI BALON DİLATATÖR KULLANIMI TECRÜBELERİMİZ

MUSTAFA MÜDÜROĞLU(1) ERSİN KÖSEOĞLU(1) SERDAR MADENDERE(2) KAYRA ORAK(1) ABDULLAH ERDEM CANDA(1) MEVLANA DERYA BALBAY(1) TARIK ESEN(1) YAKUP KORDAN(1)

1. koç üniversitesi tıp fakültesi üroloji anabilim dalı
2. vkv amerikan hastanesi üroloji kliniği

AMAÇ

Üretra darlığı tedavisi, yüksek nüks oranları nedeniyle ürolojide halen zorlu bir klinik tablo olmaya devam etmektedir. Son yıllarda kullanıma giren paklitaksel kaplı balon dilatasyon kateterleri (PKBD, Optilume), minimal invaziv yapısı ve doku düzeyinde anti-fibrotik etkisiyle umut vaat etmektedir. Bu çalışmanın amacı, kliniğimizde üretra darlığı nedeniyle PKBD uygulanan hastaların klinik verilerini, operatif detaylarını ve erken-orta dönem takip sonuçlarını sunmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmamıza, Eylül 2024 ile Temmuz 2026 tarihleri arasında kliniğimizde tekrarlayan üretra darlığı nedeniyle açık cerrahi önerilen ancak minimal invazif tedavi tercih eden, PKBD tedavisi uygulanan erkek hastalar dahil edilmiştir. Hastaların demografik ve klinik verileri (geçirilmiş cerrahiler, üroflowmetri sonuçları- Qmax, işeme sonrası artık idrar hacmi-, peroperatif veriler, takipte varsa üroflowmetri sonuçları) kaydedildi. Takipte hastalar aynı cerrah tarafından üç ayda bir aranarak şikayetleri sorgulandı. Ek girişim ihtiyacı olup olmadığı not edildi. İşlem başarısı, takipte ek cerrahi girişim gerekmemesi olarak tanımlandı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 17 hastanın ortalama yaşı 62 (43-77 SS: 15.3)'dir. Darlık bölgeleri incelendiğinde; hastaların 10'unda bulber üretra, 5'inde penil üretra, 1'inde membranöz üretra ve 1'inde mesane boynu darlığı saptanmıştır. Sistoskopide ölçülen darlık uzunluğu medyan 2 cm (1-4 SS: 1.05) olarak bulunmuştur. Hastaların geçmiş internal üretrotomi sayısı medyanı 2 olarak saptandı (1-11 SS: 3,07).
İşlem uygulanan tüm hastalarda (%100) 30F çapında PKBD balonu kullanılmış olup, balonun ortalama şişirilme/kalma süresi 7 ila 13 dakika (bazı kompleks vakalarda 8+5 dk şeklinde) arasında değişiklik göstermiştir. Medyan operasyon süresi 30dk (SS: 10.8) 'dır.
Preoperatif Qmax medyan değeri 7.25 ml/sn (SS: 2.8); PMR 57.5 ml (SS: 72.1) idi. Postoperatif süreçte üroflowmetri yapılmış hastaların (n=8) Qmax medyanı 12.2 ml/sn (SS: 12.5); PMR medyanı 20 ml (SS: 35.6) idi. Hastaların postoperatif sondalı kalma süresi medyan 3 gündür (2-7gün) (SS: 1.5). Erken postoperatif dönemde hiçbir hastada komplikasyon bildirilmemiştir.
Hastaların üç ayda bir yapılan işlem başarısı oranları 3. Ayda %100 (14/14); 6. Ayda %84.6 (11/13); 9. Ayda %66.7 (8/12); .12. Ayda %58.3 7/12 olarak bulunmuştur.

SONUÇ

Paklitaksel kaplı üretral balon dilatasyon uygulaması ile ilk tecrübelerimiz, PKBD'nin tekrarlayan üretra darlığı nedeniyle açık cerrahi tercih etmeyen hastalarda özellikle ilk yılda başarılı ve güvenilir olduğu düşündürmektedir. Verilerimizin daha geniş hasta serileriyle yapılacak uzun dönem takiplerle, prospektif tasarıma sahip çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

SB-3) İATROJENİK ÜRETER YARALANMALARINDA ZAMAN HER ŞEY Mİ? ERKEN VE GECİKMİŞ TEDAVİNİN 10 YILLIK SONUÇLARI

ESER ÖRDEK(1) EREN GÜNSAY(1) DURAN KURU(1) SADIK GÖRÜR(1)

1. HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Çalışmamızda,iyatrojenik üreter yaralanmalarında(İÜY)rekonstrüktif cerrahi uygulanan hastalarda erken ve geç onarımın klinik sonuçlar üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

2015–2025yılları arasında Hatay Mustafa Kemal Üniversitesinde İÜY tanısıyla rekonstrüktif cerrahi uygulanan 92hasta çalışmaya dahil edilmiştir.Hastalar tanı alma ve müdahale zamanına göre erken onarım(intraoperatif tanı) ve geç onarım(postoperatif tanı)olmak üzere iki gruba ayrıldı.Demografik özellikler,yaralanmanın etiyolojisi ve lokalizasyonu,tanı yöntemleri,uygulanan rekonstrüksiyon teknikleri,perkütan nefrostomi (PCN) gereksinimi, komplikasyonlar ve fonksiyonel sonuçlar değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 51.38±14.33 yıl, %88'i kadın.Üreter yaralanmalarının en sık nedeni jinekolojik/obstetrik cerrahiler (%82,6)ve yaralanmanın en sık lokalizasyonu distal üreterdi (%72,8).Hastaların%67,4'üne erken onarım,%32,6'sına ise geç onarım uygulandı. Geç onarım yapılan hasta grubunun hastanede yatış süresi erken onarım yapılan gruba göre daha uzun (9 güne karşı 7 gün, p=0,004), PCN gereksinimi daha yüksek (%83,3'e karşı %0, p<0,001) ve reoperasyon oranı anlamlı derecede daha fazla bulundu (%16,7'ye karşı %0, p=0,003). Geç onarım grubundaki tüm olgularda tanı yöntemi olarak BT ürografi kullanılırken, erken onarım grubunda tanı büyük oranda direkt intraoperatif görsel değerlendirme ile konuldu (p<0,001). erken ve geç onarım grupları arasında genel komplikasyon oranları benzerdi (p=0,602).

SONUÇ

İyatrojenik üreter yaralanmalarında erken tanı konulan ve onarım yapılan hastalarda hastanede yatış süresi daha kısa, PCN gereksinimi daha düşük ve reoperasyon ihtiyacı daha azdır. Geç tanı alan hastalarda ise hastanede yatış süresi daha uzun, PCN gereksinimi daha yüksektir.Sonuç olarak yüksek riskli operasyonlarda üreter bütünlüğünün dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve üreter yaralanmasından şüphelenilen olgularda erken tanısal yaklaşım ve erken müdahale büyük önem taşımaktadır.

Değişken	Erken Onarım (n=62)	Geç Onarım (n=30)	p
Yaş (yıl),Mean±SD	49.90±14.21	54.43±14.33	0.156
DJ süresi(gün)(Min-Max)	45 (30-90)	45 (30-90)	0.449
Yatış süresi(gün)(Min-Max)	7 (2-42)	9 (3-21)	0.004*
Cinsiyet,n(%)	-	-	-
Kadın	57 (91.9)	24 (80.0)	0.098
Erkek	5 (8.1)	6 (20.0)	0.098
Cerrahi Prosedür,n(%)	-	-	-
Jinekoloji/Obstetrik	55 (88.7)	21 (70.0)	0.004*
Genel cerrahi	6 (9.7)	2 (6.7)	0.004*
Üroloji	1 (1.6)	7 (23.3)	0.004*
Hasar Lokalizasyonu,n(%)	-	-	-
Distal	48 (77.4)	19 (63.3)	0.011*
Orta	13 (21.0)	5 (16.7)	0.011*
Proksimal	1 (1.6)	6 (20.0)	0.011*
Tanı Aracı,n(%)	-	-	-
Direkt görsel	59 (95.2)	0 (0.0)	<0.001*
BT ürografi	3 (4.8)	30 (100.0)	<0.001*
Hasar Yönetimi,n(%)	-	-	-
UNC	25 (40.3)	17 (56.7)	0.009*
Bilateral UNC	16 (25.8)	0 (0.0)	0.009*
Üreteroüreterostomi	21 (33.9)	13 (43.3)	0.009*
PCN,n(%)	-	-	-
Yok	62 (100.0)	5 (16.7)	<0.001*
Var	0 (0.0)	25 (83.3)	<0.001*
Postoperatif DJ Tarafı,n(%)	-	-	-
Sağ	22 (35.5)	15 (50.0)	0.009*
Sol	24 (38.7)	15 (50.0)	0.009*
Bilateral	16 (25.8)	0 (0.0)	0.009*
Postoperatif Sepsis,n(%)	-	-	-
Yok	50 (80.6)	29 (96.7)	0.039*
Var	12 (19.4)	1 (3.3)	0.039*
Postoperatif Ateş,n(%)	-	-	-
Yok	39 (62.9)	23 (76.7)	0.187
Var	23 (37.1)	7 (23.3)	0.187
Reoperasyon,n(%)	-	-	-
Yok	62 (100.0)	25 (83.3)	0.003*
Var	0 (0.0)	5 (16.7)	0.003*
Nefrektomi, n (%)	-	-	-
Yok	58 (93.5)	29 (96.7)	0.536
Var	4 (6.5)	1 (3.3)	0.536
Komplikasyon,n(%)	-	-	-
Yok	40 (64.5)	21 (70.0)	0.602
Var	22 (25.5)	9 (30.0)	0.602
Clavien Grade,n(%)	-	-	-
Grade I	13 (59.1)	4 (44.4)	0.438
GradeII	3 (13.6)	2 (22.2)	0.438
GradeIIIb	1 (4.5)	2 (22.2)	0.438
GradeIVa	5 (22.7)	1 (11.1)	-



SB-4) FOURNİER GANGRENİNDE AKUT PROGNOSTİK BİR BELİRTEÇ OLARAK HİPOMAGNEZEMİ

AHMET EMRE EREN(1) OKAN BAZ(1) İLKER AKARKEN(1) HÜSEYİN TARHAN(1)

1. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

AMAÇ

Fournier Gangreni (FG), belirgin bir sistemik inflamatuvar yanıtı tetikler. Mevcut şiddet indeksleri, özellikle Fournier's Gangrene Severity Index, büyük ölçüde standart vital bulgular ve temel biyokimyasal parametrelere dayanmakta; ancak kritik eser elektrolitleri göz ardı etmektedir. Magnezyum, hücre içi hayati bir katyondur ve eksikliği, ağır sepsiste immün disfonksiyon ve metabolik tükenmenin bilinen bir tetikleyicisidir. Bu çalışmada, başvuru serum magnezyum düzeyinin yalnızca eşlik eden bir bulgu değil, Fournier Gangreninde mortalite için bağımsız ve akut bir prognostik belirteç olduğu hipotez edilmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde fournier gangreni tanısı alan 39 hastanın retrospektif analizi yapıldı. Başvuru anındaki magnezyum düzeyi; standart parametreler, inflamatuvar belirteçler ve cerrahi sonuçlar ile birlikte değerlendirildi. Klinik kullanımı kolay bir eşik belirlemek amacıyla ağır hipomagnezemi, magnezyum düzeyinin 1.5 mg/dL'nin altında olması olarak tanımlandı. Ayrıca bu eşik değerin Hipooalbuminemia ile kombinasyonu üzerinden yeni bir bileşik risk profili oluşturuldu.

BULGULAR

Başvuru magnezyum ortalaması, kaybedilen hastalarda 1.67 mg/dL iken sağ kalanlarda 1.84 mg/dL olarak saptandı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0.403). Klinik kesim noktası belirlendiğinde ise belirgin sağkalım farkı ortaya çıktı; magnezyum düzeyi 1.5 mg/dL'nin altında olan hastalarda mortalite oranı %27.3 (3/11) iken, bu değerin üzerinde olan hastalarda %10.7 (3/28) olarak bulundu. Hem ağır hipomagnezemi hem de albümin düzeyinin 30 g/L'nin altında olduğu hastalardan oluşan yüksek riskli grupta mortalite %50.0 (3/6) olarak saptanırken, diğer hastalarda bu oran %9.1 (3/33) idi ve bu kombinasyon mortalite için istatistiksel olarak anlamlı bir belirteçti (p=0.036). Diyabetik ve diyabetik olmayan hastalar arasında ortalama magnezyum düzeylerinin aynı olduğu görüldü (her iki grupta 1.82 mg/dL, p=0.910), bu durum hipomagnezeminin kronik diyabetik kayıplardan ziyade akut sepsis ve hücre içi kaymalarla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Magnezyum düzeyi ile toplam debridman sayısı (r=-0.031, p=0.853) ve hastanede kalış süresi (r=0.082, p=0.620) arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı; bu da magnezyumun lokal yara yaygınlığından ziyade sistemik metabolik yetersizliğin bir göstergesi olduğunu desteklemektedir.

SONUÇ

Sonuçlarımız, başvuru anındaki hipomagnezeminin Fournier Gangreninde ciddi bir uyarı işareti olduğunu göstermektedir. Özellikle magnezyum düzeyi 1.5 mg/dL'nin altında olan ve buna düşük albümin düzeyinin eşlik ettiği hastalar, derin hücresel enerji yetersizliği içinde olup yaklaşık %50 mortalite riski taşımaktadır. Bu durum hastanın diyabetik olup olmamasından bağımsızdır ve sepsis şiddetinin akut, gerçek zamanlı bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Günümüzde yaygın kullanılan Fournier's Gangrene Severity Index; sodyum, potasyum ve kalsiyumu içermekte, ancak magnezyumu değerlendirmemektedir. Bu bulgular doğrultusunda, gelecekte yapılacak çok merkezli çalışmalarda modifiye bir skorlama sisteminde başvuru hipomagnezemisine prognostik ağırlık verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Magnezyum replasmanı yalnızca destek tedavisi olarak değil, Fournier Gangreninde mortaliteye yol açan metabolik tükenmenin tersine çevrilmesinde potansiyel olarak kritik bir adım olarak değerlendirilmelidir.

SB-5) ÜRETRA DARLIĞI YÖNETİMİNDE BUKKAL MUKOZA GREFT ÜRETROPLASTİ: İLK KLİNİK DENEYİMLERİMİZ VE ERKEN DÖNEM SONUÇLARIMIZ

BURAK AYVACIK(1) AHMET YILDIRIM BALIK(1) ARDA TAŞKIN TAŞKIRAN(1) EKREM BAŞARAN(1) DURSUN BABA(1)

1. DÜZCE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AMAÇ

Üretra darlığı, yaşam kalitesini bozan ve kalıcı çözümler gerektiren bir patolojidir. Endoskopik yöntemlerin yetersiz kaldığı kompleks veya nüks darlıkların tedavisinde greft augmentasyon üretroplastisi altın standarttır. Düşük donör alan morbiditesi ve yüksek başarı oranları sayesinde bukkal mukoza grefti (BMG) kılavuzlarda ilk tercih konumundadır. Bu çalışmanın amacı, kliniğimizde gerçekleştirdiğimiz BMG üretroplasti operasyonlarına ait ilk deneyimlerimizi ve erken dönem klinik sonuçlarımızı sunmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2025 – Mart 2026 tarihleri arasında kliniğimizde ardışık BMG üretroplasti uygulanan 15 hastanın verileri retrospektif incelendi. Preoperatif değerlendirmede üroflowmetri (Qmax), post-mikturatuvar rezidü (PMR) ve retrograd üretrografi kullanıldı. Standart yaklaşımla BMG hazırlanarak darlık bölgesine dorsal veya ventral onlay tekniği ile uygulandı. Demografik özellikler, darlık verileri, operasyon süreleri ve USS-PROM skorları kaydedildi. Cerrahi başarı; spontan idrar yapabilme, hasta memnuniyeti ve ek cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyulmaması olarak tanımlandı

BULGULAR

Çalışmaya BMG üretroplasti uygulanan 15 hasta (ortalama yaş: 68.2±10.3) dahil edildi. En sık etiyoloji TURP (n=9, %60), en sık lokalizasyon ise panüretral segment (n=7, %46.6) olarak saptandı. Peroperatif ortalama darlık uzunluğu 8.6±4.5 cm ölçüldü ve vakaların 8'inde (%53.3) Kulkarni tekniği (tek taraflı dorsolateral onlay) uygulandı. Ortalama operasyon süresi 205.2±51.8 dakika olup, yalnızca 1 hastada (%6.6) Clavien Evre-1 komplikasyon izlendi; donör saha morbiditesi saptanmadı. Postoperatif dönemde ortalama Qmax 5.4±3.9'dan 14.9±5.2 mL/sn'ye yükselirken; PMR hacmi 202.0±186.1'den 64.6±62.3 mL'ye, USS-PROM semptom skoru ise 18.8±3.3'ten 10.5±3.9'a gerileyerek anlamlı klinik iyileşme gösterdi. Takip süresi sonunda hastaların %86.6'sında (n=13) ek cerrahi girişime ihtiyaç duyulmaksızın darlıksız sağkalım elde edildi.

SONUÇ

BMG üretroplasti, endoskopik tedavilere dirençli veya kompleks üretra darlıklarının yönetiminde yüksek başarı oranı ve düşük morbidite profili ile oldukça güvenilir bir rekonstrüktif seçenektir. İlk deneyimlerimiz, bu yöntemin özellikle uzun ve yüksek dereceli darlıklarda hastaların objektif parametrelerini ve subjektif semptom skorlarını belirgin şekilde iyileştirdiğini doğrulamaktadır.

-	DARLIK SEGMENTİ	DARLIK UZUNLUĞU	DARLIK DERECESİ	OPERASYON TÜRÜ	PRE OP QMAX	POST OP QMAX	PRE OP PVR	POST OP PVR	CHARLSON İNDEKS	CLAVİEN DİNDO
HASTA 1	PANÜRETRAL	12	YÜKSEK DERECE	KULKARNİ	3	16	150	110	4	0
HASTA 2	PANÜRETRAL	11	DÜŞÜK DERECE	KULKARNİ	3.8	12	20	20	2	0
HASTA 3	PANÜRETRAL	13	DÜŞÜK DERECE	KULKARNİ	4	14	140	20	2	0
HASTA 4	PANÜRETRAL	12	YÜKSEK DERECE	KULKARNİ	10.4	15.7	70	10	3	0
HASTA 5	PANÜRETRAL	13	YÜKSEK DERECE	KULKARNİ	7.9	12.5	290	220	5	0
HASTA 6	PANÜRETRAL	10	YÜKSEK DERECE	KULKARNİ	0.9	27	550	140	1	0
HASTA 7	PANÜRETRAL	13	YÜKSEK DERECE	KULKARNİ	12	14	580	70	4	1
HASTA 8	BULBAR	2.5	OBLİTERATİF	VENTRAL ONLAY	1.3	6.7	220	50	4	0
HASTA 9	BULBAR	4	OBLİTERATİF	VENTRAL ONLAY	1.6	18.6	300	40	4	0
HASTA 10	BULBAR	6	YÜKSEK DERECE	KULKARNİ	3	10.5	30	50	5	0
HASTA 11	BULBAR	4	OBLİTERATİF	VENTRAL ONLAY	4	18	200	20	1	0
HASTA 12	BULBAR	3	YÜKSEK DERECE	VENTRAL ONLAY	8	7.6	20	20	4	0
HASTA 13	BULBAR	4	YÜKSEK DERECE	VENTRAL ONLAY	2.9	12.3	10	20	3	0
HASTA 14	MEMBRANÖZ	5.5	YÜKSEK DERECE	VENTRAL ONLAY	5.5	17.1	380	150	6	0
HASTA 15	MESANE BOYNU	3	YÜKSEK DERECE	VENTRAL ONLAY	12	22	30	10	1	0

TABLO 1.

SB-6) KADIN ÜRETRA DARLIĞINDA PRİMER DORSAL ONLAY BUKKAL MUKOZA GREFTİ ÜRETROPLASTİSİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

HİLMİ SARI(1) MURAT CAN KARABURUN(1) SAMET KIPIK(1) ARIF HUSEYNLI(1) FATİH YALÇINKAYA(1)

1. ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Kadın üretra darlığı, alt üriner sistem semptomlarına neden olan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen nadir bir hastalıktır. Bu çalışmada, kliniğimizde primer dorsal onlay bukkal mukoza grefti (DO-BMG) üretroplastisi uygulanan kadın hastaların cerrahi ve fonksiyonel sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

2018–2025 yılları arasında kadın üretra darlığı tanısıyla DO-BMG üretroplastisi uygulanan 20 kadın hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Tanı; 12 Fr kateter ile kalibrasyon güçlüğü, Qmax <12 mL/sn olması ve üretroskopide darlığın gösterilmesi ile konuldu. Cerrahi başarısızlık; semptomatik hastada Qmax'ın <12 mL/sn olması, 12 Fr kateter ile geçişin sağlanamaması veya takip sürecinde dilatasyon dahil herhangi bir ek girişim gereksinimi olarak tanımlandı. Preoperatif ve postoperatif 3. ay maksimum idrar akım hızı (Qmax) ile işeme sonrası rezidü idrar (PVR) değerleri karşılaştırıldı. İstatistiksel analizde eşleştirilmiş t-testi ve Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanıldı; $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 52,9±14,7 yıl, ortalama vücut kitle indeksi 28,1±5,0 kg/m² idi. Etiyolojide en sık idiyopatik (%55) ve iyatrojenik (%30) nedenler saptandı. Darlıklar en sık orta üretrada (%45) ve distal üretrada (%35) yerleşimli olup medyan darlık uzunluğu 2 cm (ÇAA: 2–3) idi. Tüm hastalarda daha önce en az bir kez üretral dilatasyon uygulanmış olup medyan dilatasyon sayısı 2,5 (ÇAA: 1,8–4,0) idi. Hastaların %15'inde internal üretrotomi öyküsü mevcuttu.

Preoperatif ortalama Qmax değeri 6,1±2,3 mL/sn iken postoperatif 3. ayda 20,4±5,8 mL/sn'ye yükseldi ($p<0,001$). Medyan PVR değeri 125 mL (ÇAA: 94,5–155)'den 10 mL (ÇAA: 10–40)'ye geriledi ($p<0,001$). Medyan operasyon süresi 65 dakika (ÇAA: 60–80), hastanede yatış süresi 3 gün (ÇAA: 3–4) ve foley kateter çekilme zamanı 21. gün idi. Medyan takip süresi 12 ay (ÇAA: 12–24) olup cerrahi başarı oranı %90 (18/20) olarak bulundu.

Hiçbir hastada kan transfüzyonu gerektiren kanama, vajinal/perineal hematom veya üretrovajinal fistül gelişmedi. Postoperatif üriner sistem enfeksiyonu %15, yara yeri enfeksiyonu %5 ve de novo stres üriner inkontinans %5 oranında görüldü. Donör saha komplikasyonları çoğunlukla hafif seyirli olup en sık 10 günden uzun süren ağız açma ve çiğneme güçlüğü (%15) ile artikülasyon güçlüğü (%10) saptandı.

SONUÇ

Primer dorsal onlay bukkal mukoza grefti üretroplastisi, kadın üretra darlığının tedavisinde yüksek başarı oranı, belirgin fonksiyonel iyileşme ve düşük majör komplikasyon oranları ile etkili ve güvenilir bir rekonstrüktif tedavi seçeneğidir. Bulgularımız mevcut literatür ile uyumlu olup, bu tekniğin kadın üretra darlığında güvenle uygulanabileceğini desteklemektedir. Bununla birlikte, uzun dönem sonuçların değerlendirilmesi için daha geniş hasta serileri ve prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

	Tüm Hastalar (n=20)
Yaş, Ortalama ± SS	52.9 ± 14.7
VKİ, Ortalama ± SS	28.1 ± 5.0
ASA skoru. n (%) • ASA-1 • ASA-2 • ASA-3	 4 (20%) 12 (60%) 4 (20%)
Sigara kullanımı, n (%) • Hiç içmemiş • Bırakmış • Aktif içen • NA	 9 (45%) 0 2 (10%) 9 (45%)
Etiology, n (%) • İyatrojenik • İdiyopatik • Enfeksiyon • Liken sklerozis • Travmatik	 6 (30%) 11 (55%) 1 (5%) 1 (5%) 1 (5%)
Darlık yeri, n (%) • Distal • Orta üretra • Proksimal • Panüretral	 7 (35%) 9 (45%) 2 (10%) 2 (10%)
Darlık Uzunluğu, cm, Medyan (ÇAA)	2 (2–3)
Önceki üretrotomi öyküsü, n (%)	3 (15%)
Önceki dilatasyon öyküsü, n (%)	20 (100%)
Dilatasyon sayısı, Medyan (ÇAA)	2.5 (1.8–4.0)
Preoperatif UFM, Qmax Ortalama ± SS	6.1 ± 2.3
Preoperatif PVR, mL Medyan (ÇAA)	125 (94.5–155)

ÇAA: Çeyrekler Arası Aralık PVR:İşeme Sonrası Rezidü İdrar SS: Standart Sapma

	Tüm Hastalar (n=20)
Operasyon süresi (dakika), Medyan (ÇAA)	65 (60-80)
Hastanede yatış süresi (gün), Medyan (ÇAA)	3 (3-4)
Foley katater çekilme günü, Median (ÇAA)	21 (21-21)
PO 3. ay Qmax ml/sn, Ortalama ± SS	20.4 ± 5.8
PO 3. ay PVR, mL, Medyan (ÇAA)	**10 (10–40)**
Takip süresi (ay), Medyan (ÇAA)	12 (12-24)
Cerrahi Başarı n (%)	18 (90%)

	Preoperatif	Postoperatif	P değeri
Qmax	6.1 ± 2.3	20.4 ± 5.8	<0.001*
PVR	125 (94.5–155)	**10 (10–40)**	<0.001**

Komplikasyonlar	n (%)
Kan transfüzyonu gerektiren kanama, n (%)	0
Vajinal/perineal hematom, n (%)	0
Postoperatif üriner sistem enfeksiyonu n (%)	3 (15%)
Postoperatif yara yeri enfeksiyonu n (%)	1 (5%)
Fistül, n (%)	0
De novo stres üriner inkontinans, n (%)	1 (5%)

Donör saha komplikasyonları	n (%)
Kanama	1 (5%)
Enfeksiyon	2 (10%)
Üç günden uzun süren yanak şişliği	1 (5%)
Hipergranülasyon dokusu	1 (5%)
On günden uzun süren ağız açma ve çiğneme güçlüğü	3 (15%)
On günden uzun süren konuşma (artikülasyon) güçlüğü	2 (10%)

ÇAA: Çeyrekler Arası Aralık

SB-7) İATROJENİK ÜRETER VE MESANE YARALANMALARININ CERRAHİ YÖNETİMİ

SELMAN SANCAR KAYA(1) ABDULMETİN ERGÜN(1) ONUR KALAYCI(1) MURAT GÜLŞEN(1) YAKUP BOSTANCI(1)

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

AMAÇ

Pelvik ve retroperitoneal cerrahiler sırasında gelişen iatrojenik üreter ve mesane yaralanmaları, yüksek morbidite potansiyeline sahip ciddi komplikasyonlardır. Bu komplikasyonların büyük çoğunluğu geç postoperatif dönemde tespit edilip hasta morbiditesini artırmaktadır. Bu çalışmada, 2021–2026 yılları arasında kliniğimizde intraoperatif ve erken postoperatif dönemde saptanarak cerrahi rekonstrüksiyon uygulanan 54 iatrojenik alt ve üst üriner sistem yaralanma olgusunun etiyolojik, cerrahi ve klinik sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2021 – Temmuz 2026 tarihleri arasında iatrojenik üreter ve/veya mesane yaralanması nedeniyle intraoperatif veya erken postoperatif dönemde (taburculuk öncesi) ürolojik rekonstrüktif cerrahi uygulanan 54 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastalar uygulanan cerrahi tekniğe göre üç gruba ayrıldı:
Grup 1 – İzole Mesane Perforasyon Onarımı (n=28)
Grup 2 – Üreteroneosistostomi (UNC) (n=13)
Grup 3 – Üreteroüreterostomi (n=13)
Yaralanma etiyolojileri, tanı zamanlaması (intraoperatif / erken postoperatif), cerrahi yaklaşım (açık / laparoskopik) ve uygulanan rekonstrüktif teknikler kaydedildi.

BULGULAR

Genel Seri Özeti (n=54)
Tanı zamanlaması: %72,2 (n=39) intraoperatif, %27,8 (n=15) erken postoperatif
Cerrahi yaklaşım: %75,9 (n=41) açık, %24,1 (n=13) laparoskopik
Etiyoloji: Kadın Hastalıkları ve Doğum %64,8 (n=35) [Histerektomi n=24, Sezaryen n=6, Debulking n=5]; Kolorektal ve Genel Cerrahi %22,2 (n=12); Üroloji %7,4 (n=4); Kalp-Damar Cerrahisi %5,6 (n=3)
Üreteroneosistostomi Grubunda Uygulanan Teknikler (n=13)
Lich-Gregoir: 8
Psoas Hitch + Lich-Gregoir: 3
Psoas Hitch + Politano-Leadbetter: 1
Boari Flep: 1
Üç grupta da açık yaklaşım baskın olup, laparoskopik oran gruplar arasında görece homojen dağılmıştır (%21,4–%30,8 aralığında). Her 3 grupta da ürolojik açıdan postoperatif komplikasyon gözlenmedi. Laparoskopik onarımların en yüksek oranda UNC grubunda (%30,8) uygulanması, bu tekniğin (özellikle Lich-Gregoir) minimal invaziv rekonstrüksiyona daha uygun bir yaralanma paterni ve anatomik lokalizasyon sunmasıyla ilişkilendirilebilir. Üreteroüreterostomi grubundaki laparoskopik olguların tamamının (n=3) primer laparoskopik/endoürolojik cerrahiler (RPLND, URS, Parsiyel Nefrektomi) sonrası gelişmesi dikkat çekicidir; yaralanmanın saptandığı cerrahinin yaklaşımı, onarımın yaklaşımını da büyük oranda belirlemiştir. Mesane perforasyon onarımlarında açık yaklaşımın belirgin üstünlüğü (%78,6), bu grubun ağırlıklı olarak jinekolojik/kolorektal açık cerrahiler sırasında gelişmesiyle uyumludur.

SONUÇ

İatrojenik alt ve üst üriner sistem yaralanmaları en sık jinekolojik ve kolorektal cerrahiler sırasında meydana gelmektedir. Yaralanmanın intraoperatif dönemde fark edilmesi önemli olmakla birlikte, kaçırılan olgularda erken postoperatif dönemde sağlanan hızlı tanı ve zamanında rekonstrüksiyon organ fonksiyonlarının korunmasında kritik öneme sahiptir. Yaralanmanın seviyesine ve doku kaybına uygun olarak seçilen rekonstrüktif tekniklerle (Lich-Gregoir, Psoas hitch, Boari flep veya laparoskopik yaklaşımlar) yüksek cerrahi başarı elde edilebilir.

Tablo 1. Gruplara Göre Etiyoloji, Tanı Zamanlaması ve Cerrahi Yaklaşım

Parametre	Grup 1: Mesane Onarımı (n=28)	Grup 2: UNC (n=13)	Grup 3: Üreteroüreterostomi (n=13)
Etiyoloji	Histerektomi (11), Kolorektal (8), Sezaryen (6), Debulking (2), HoLEP (1)	Histerektomi (10), Kolorektal (2), Debulking (1)	Histerektomi (3), Debulking (2), Kolorektal (2), KVC anevrizma/embolektomi (2), URS (1), Rad. Prostatektomi (1), Parsiyel Nefrektomi (1), RPLND (1)
İntraoperatif tanı	26	6	11
Erken postoperatif tanı	2	7	2
Açık yaklaşım	22	9	10
Laparoskopik yaklaşım	6	4	3
Eşlik eden mesane onarımı	—	2	Yok

Tablo 2. Açık ve Laparoskopik Yaklaşımın Karşılaştırılması

Grup	Açık (n)	Laparoskopik (n)	Toplam	Laparoskopik Oran
Mesane Perforasyon Onarımı	22	6	28	%21,4
Üreteroneosistostomi (UNC)	9	4	13	%30,8
Üreteroüreterostomi	10	3	13	%23,1
Toplam	41	13	54	%24,1

SB-8) REKÜRREN ÜRETRA DARLIĞINDA OPTILUME® PAKLİTAKSEL KAPLI BALON DİLATASYONU: KLİNİK SONUÇLARIMIZ

ÖZGÜR EKİCİ(1) İLYAS YILMAZ(1) ERHAN SARI(1) ÖMER YILMAZ(1) ÖMER YERLİKAYA(1) SEDAT ÖNER(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Üretra darlığı, endoskopik tedaviler sonrasında yüksek nüks eğilimi gösterebilen ve alt üriner sistem semptomları ile yaşam kalitesinde belirgin bozulmaya yol açabilen önemli bir ürolojik problemdir. Optilume®, mekanik balon dilatasyonunu darlık segmentine lokal paklitaksel salınımı ile birleştirerek fibroproliferatif yanıtı ve yeniden daralma riskini azaltmayı hedefleyen minimal invaziv bir tedavi seçeneğidir. Bu çalışmada, kliniğimizde rekürren üretra darlığı nedeniyle Optilume® paklitaksel kaplı balon dilatasyonu uygulanan iki hastanın erken dönem teknik, klinik, üroflowmetrik, endoskopik ve radyolojik sonuçlarının sunulması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bursa Şehir Hastanesi Üroloji Kliniği'nde rekürren üretra darlığı tanısıyla Optilume® paklitaksel kaplı balon dilatasyonu uygulanan iki erkek hastanın klinik verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Yaş, komorbiditeler, geçirilmiş ürolojik girişimler, darlığın lokalizasyonu ve uzunluğu, intraoperatif bulgular, işlem başarısı, perioperatif komplikasyonlar, postoperatif üroflowmetri parametreleri, retrograd üretrografi bulguları, kontrol üretrosistoskopisi ve takipte yeniden girişim gereksinimi kaydedildi. Görüntüler hasta kimlik bilgileri çıkarılarak anonimleştirildi.

BULGULAR

Altmış beş yaşındaki erkek hastaya daha önce bir kez transüretral mesane tümörü rezeksiyonu ve bir kez internal üretrotomi uygulanmıştı. Önceki internal üretrotomi sırasında bulber üretradan membranöz üretraya uzanan yaklaşık 2 cm''lik darlık segmenti izlenmişti. Rekürren darlık nedeniyle 17.09.2025 tarihinde Optilume® balon dilatasyonu uygulandı. İşlem sırasında presfinkterik bölgede kılavuz telin geçişine izin veren dar segment izlendi ve işlem komplikasyonsuz tamamlandı. Preoperatif retrograd üretrografide darlık segmenti radyolojik olarak gösterilirken, postoperatif görüntülemede üretral lümenin açık olduğu ve proksimale kontrast geçişinin sağlandığı izlendi. Postoperatif 10. ay üroflowmetrisinde işenen hacim 248 mL, maksimum akım hızı 12,2 mL/sn, ortalama akım hızı 7,1 mL/sn, işeme süresi 35 saniye ve Qmax'a ulaşma süresi 12 saniye olarak saptandı. 10. ay kontrol üretrosistoskopisinde önceki darlık segmentinde sistoskopi cihazının geçişine izin veren üretral açıklığın korunduğu görüldü.

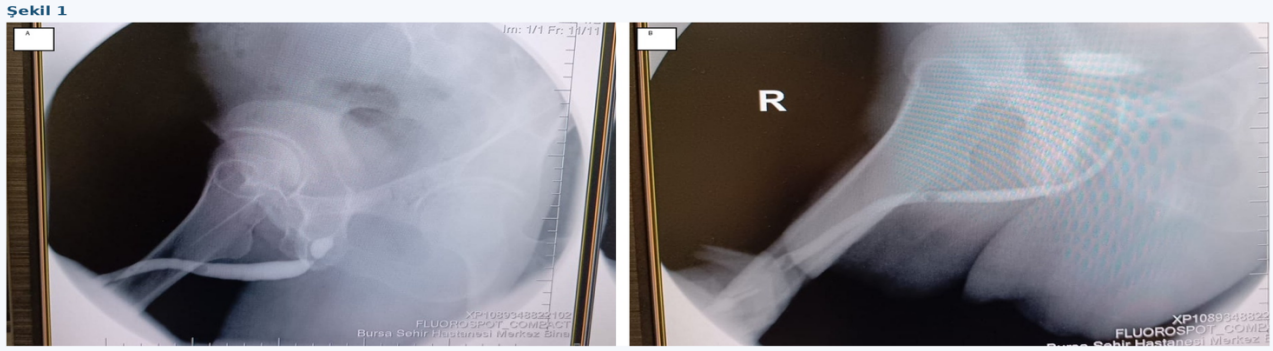
Olgu 2: Yirmi yaşındaki erkek hastanın bilinen ek hastalığı yoktu. Hasta 14.12.2023 tarihinde internal üretrotomi geçirmiş ve bu işlemde üretranın orta kesiminden bulber üretraya uzanan kısa segment darlık tariflenmişti. Rekürren darlık nedeniyle 09.07.2025 tarihinde Optilume® balon dilatasyonu uygulandı. Operasyon sırasında bulber üretrada yaklaşık 1 cm'lik darlık alanı izlendi ve Optilume® uygulandı. Preoperatif retrograd üretrografide bulber üretra düzeyindeki darlık segmenti radyolojik olarak gösterildi. Postoperatif yaklaşık 12. ay üroflowmetrisinde işenen hacim 388 mL, maksimum akım hızı 20,2 mL/sn, ortalama akım hızı 14,6 mL/sn, işeme süresi 27 saniye ve Qmax'a ulaşma süresi 16 saniye olarak saptandı.

SONUÇ

Kliniğimizin ilk deneyiminde Optilume® paklitaksel kaplı balon dilatasyonu, rekürren üretra darlığı bulunan seçilmiş hastalarda teknik olarak uygulanabilir ve güvenli bir minimal invaziv tedavi seçeneği olarak değerlendirildi.

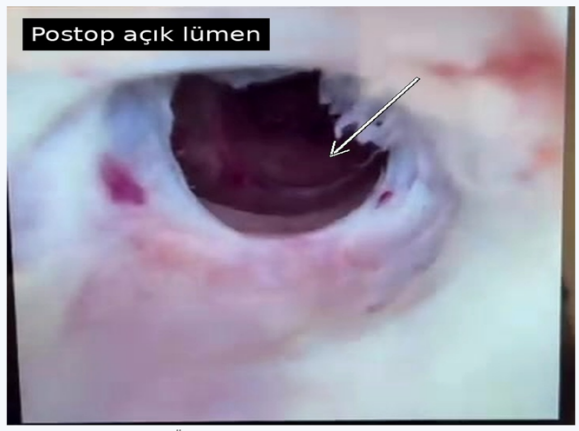
Olgu	Yaş	Önceki girişim	Darlık	Optilume tarihi	Preop Qmax	Postop Qmax	Takip
1	65	TUR-M +internal üretrotomi	Bulbomembranöz 2 cm	17.09.2025	4.7 mL/sn	12,2 mL/sn	10 ay
2	20	internal üretrotomi	Bulber, yaklaşık 1 cm	09.07.2025	7 mL/sn	20,2 mL/sn	12 ay

Şekil 1



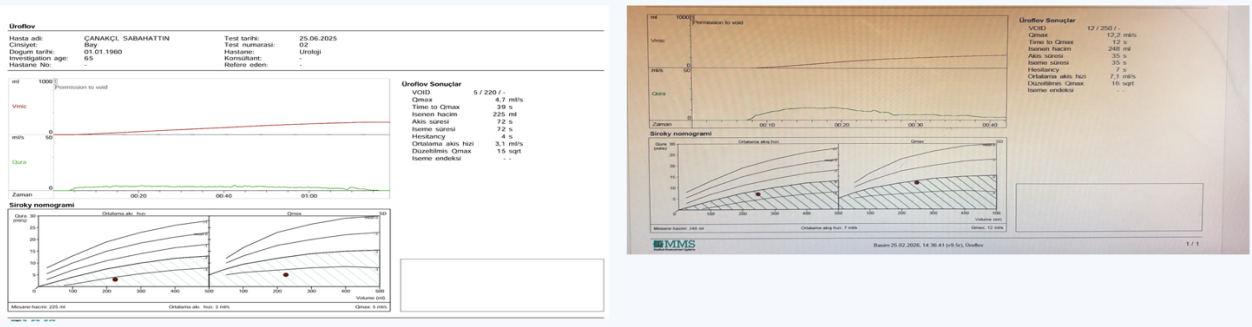
Şekil 1. Birinci hastanın retrograd üretrografi görüntüleri. (A) Preoperatif görüntüde darlık segmenti. (B) Postoperatif görüntüde üretral lümenin açık olduğu izlenmektedir.

Şekil 2



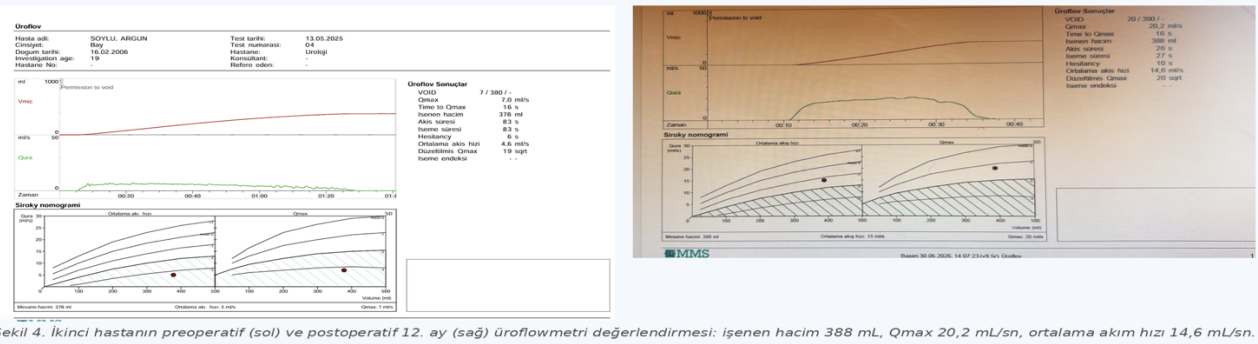
Şekil 2. Birinci hastada Optilume® sonrası kontrol üretrosistoskopisi. Önceki darlık segmentinde üretral açıklık korunmaktadır.

Şekil 3



Şekil 3. Birinci hastanın preoperatif (sol) ve postoperatif 10. ay (sağ) üroflowmetri değerlendirmesi: işenen hacim 248 mL, Qmax 12,2 mL/sn, ortalama akım hızı 7,1 mL/sn.

Şekil 4



Şekil 4. İkinci hastanın preoperatif (sol) ve postoperatif 12. ay (sağ) üroflowmetri değerlendirmesi: işenen hacim 388 mL, Qmax 20,2 mL/sn, ortalama akım hızı 14,6 mL/sn.

SB-9) ÜRETEROPELVİK BİLEŞKE DARLIĞINDA LAPAROSKOPİK PİYELOPLASTİ SONUÇLARIMIZ

MEHMET KESERCİ(1) KEMAL ZÜNGÜN(1) ANIL EKER(1) EMRE YOLDAŞ(1) MURAT ŞAHAN (1) YASİN CEYLAN(1) TANSU DEĞİRMENCİ(1) SERDAR ÇELİK(1)

1. İZMİR ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Bu çalışmada İzmir Şehir Hastanesi Üroloji Kliniği'nde ÜPBD nedeniyle laparoskopik piyeloplasti uygulanan erişkin hastaların demografik özellikleri, cerrahi sonuçları ve fonksiyonel başarılarının retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Kasım 2023-Ocak 2026 tarihleri arasında ÜPBD tanısıyla laparoskopik piyeloplasti uygulanan 15 erişkin hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, operasyon tarafı, preoperatif ve postoperatif serum kreatinin ve glomerüler filtrasyon hızı (GFR), diferansiyel böbrek fonksiyonları, diüretikli renografide T1/2 süreleri, hidronefroz dereceleri, DJ stent çekilme süreleri ve komplikasyon gelişimi değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 15 hastanın 12'si erkek (%80), 3'ü kadın (%20) olup yaş ortalaması 35,8±15,4 yıl idi. Hastaların 8'ine (%53,3) sağ, 7'sine (%46,7) sol laparoskopik piyeloplasti uygulandı. Preoperatif ortalama diferansiyel böbrek fonksiyonu %41,7±10,1, ortalama T1/2 süresi 39,2±22,7 dakika olarak bulundu. Preoperatif hidronefroz; 1 hastada (%6,7) grade 1, 6 hastada (%40) grade 2, 5 hastada (%33,3) grade 3 ve 3 hastada (%20) grade 4 olarak saptandı. Ortalama serum kreatinin düzeyi preoperatif 0,84±0,31 mg/dL, postoperatif 0,84±0,20 mg/dL; ortalama GFR ise sırasıyla 104,6±27,4 mL/dk ve 108,53±28,77 mL/dk olarak belirlendi. Ortalama DJ stent çekilme süresi 62,4±13,4 gün idi. Tüm hastalarda postoperatif diüretikli renografide T1/2 süresi 20 dakikanın altında saptandı ve diüretiğe tam yanıt elde edildi. Hiçbir hastada intraoperatif veya postoperatif komplikasyon gelişmedi.

SONUÇ

Laparoskopik piyeloplasti, erişkin ÜPBD tedavisinde yüksek fonksiyonel başarı, düşük komplikasyon oranı ve böbrek fonksiyonlarının korunmasını sağlayan güvenilir ve etkili bir cerrahi yöntemdir. Daha geniş hasta serileri ve uzun dönem takip sonuçları ile bu bulguların desteklenmesi gerekmektedir.

SB-10) İNGUİNOSKROTAL MESANE HERNİSİ: ASEMPTOMATİK ŞİŞLİKTEN OBSTRÜKTİF ÜROPATİYE UZANAN KLİNİK SPEKTRUMA SAHİP 2 OLGU

İLKER ÇELEN(1) ANIL GENÇOĞLU(1) AFGAN MAMMADLİ(1) ERAY KARA(1)

1. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ

AMAÇ

Mesanenin inguinal herni kesesi içinde bulunması nadir görülmekte olup mesanenin skrotuma kadar uzandığı olgular inguinoskrotal mesane hernisi veya skrotal sistosel olarak adlandırılmaktadır. Hastalar yalnızca kasık-skrotum şişliğiyle başvurabileceği gibi alt üriner sistem semptomları, iki aşamalı işeme, üriner sistem taşı ve obstrüktif üropatiyle de prezente olabilir. Bu çalışmada, biri herniye mesane taşı ve üreteral dilatasyonla komplike, diğeri başlıca inguinoskrotal şişlikle seyreden iki olgunun sunulması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Skrotal mesane hernisi saptanan iki olgu, klinik, görüntüleme, tedavi ve takip bulguları açısından retrospektif olarak değerlendirildi. Bulgular literatür eşliğinde sunuldu.

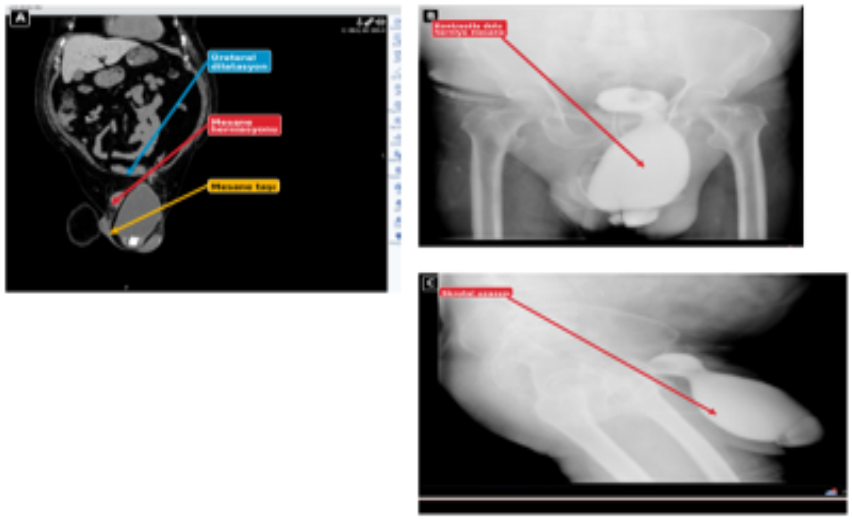
BULGULAR

Olgu Sunumları

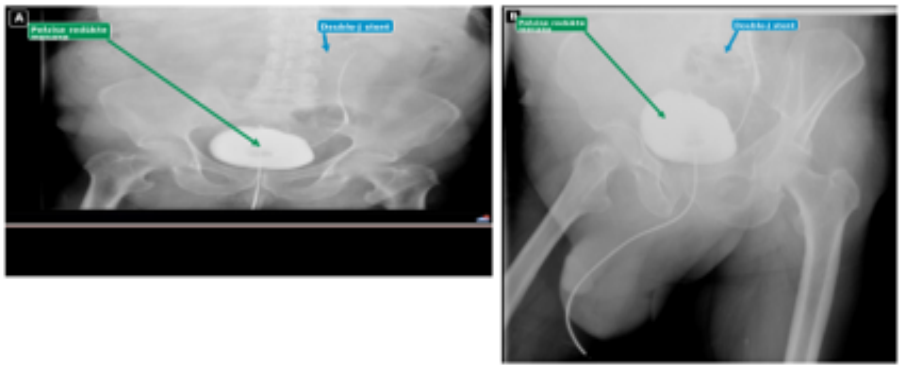
Olgu 1: Altmış sekiz yaşında erkek hasta,sol skrotal şişlik ve alt üriner sistem semptomları nedeniyle başvurdu.Fizik muayenede sol hemiskrotumda belirgin, hassas ve redükte edilemeyen şişlik saptandı.Bilgisayarlı tomografide mesanenin distandü olduğu ve sol intraskrotal bölgeye herniye olduğu görüldü. Sol üreterde yaklaşık 10 mm çapa ulaşan dilatasyon ve herniye mesane segmentinin tabanında yaklaşık 32 mm boyutunda,taş saptandı.Genel anestezi altında sol inguinal yaklaşımla herni kesesi disseke edildi ve herni içeriğinin mesane olduğu görüldü. Herniye mesane segmenti açılarak taş çıkarıldı, mesane iki kat primer olarak kapatıldı ve anatomik konumuna redükte edildi.İnguinal defekt polipropilen mesh ile onarıldı.Aynı seansta etkilenen üretere Double-J üreteral stent yerleştirildi.Hasta postoperatif ikinci günde taburcu edildi.Yaklaşık iki aylık takipte herni nüksü, üriner enfeksiyon veya renal fonksiyon bozukluğu saptanmadı. Double-J stentin çekilme zamanlaması ve sol üreteral dilatasyonun radyolojik seyri açısından izlem sürmektedir. Devam eden benign prostat hiperplazisine bağlı mesane çıkım obstrüksiyonu nedeniyle takip döneminde hastaya transüretral prostat rezeksiyonu (TUR-P) uygulandı.Olgu 2: Altmış altı yaşında, psoriasis ve benign prostat hiperplazisi öyküsü bulunan erkek hasta sağ kasık ve skrotumda şişlik yakınmasıyla başvurdu. Görüntülemede mesane boynunun sağ inguinal kanala doğru belirgin uzandığı; eşlik eden yağlı doku ve barsak segmentlerinin de sağ inguinoskrotal alana herniye olduğu görüldü. Yaklaşık 400 mL mesane kapasitesinde gerçekleştirilen sistografide mesane herniasyonu doğrulandı.Genel anestezi altında sağ inguinal eksplorasyon yapıldı ve direkt inguinal herni saptandı. Herni kesesi içerisindeki mesane segmenti dikkatli diseksiyonla serbestleştirilerek batına redükte edildi. İnguinal defekt, inguinal ligaman ile konjoint tendon arasına yerleştirilen polipropilen mesh ile onarıldı.Hasta postoperatif ikinci günde taburcu edildi.Takipte komplikasyon, herni nüksü veya tekrarlayan şikâyet görülmedi.Benign prostat hiperplazisine yönelik alfuzosin ve dutasterid tedavisine devam edildi.

SONUÇ

İleri yaştaki erkek hastalarda, özellikle alt üriner sistem semptomlarıyla birlikte kasık veya skrotumda şişlik bulunması durumunda inguinoskrotal mesane hernisi akılda tutulmalıdır. Preoperatif bilgisayarlı tomografi ve gerektiğinde sistografi; tanının konulması, eşlik eden taş ve üst üriner sistem etkileniminin gösterilmesi ve mesane yaralanmasının önlenmesi açısından önemlidir.



Şekil 1. Olgu 1'e ait preoperatif görüntüler. (A) Koronal abdominal bilgisayarlı tomografide sol inguinoskrotal alana uzanan herniye mesane, herniye segment içerisindeki taş ve sol üreteral dilatasyon işaretlenmiştir. (B) Anteroposterior sistografide kontrastla dolu herniye mesane segmenti. (C) Lateral sistografide mesanenin skrotal uzanımı.



Şekil 2. Olgu 1'e ait postoperatif sistografi görüntüleri. (A) Anteroposterior ve (B) oblik görüntülerde mesanenin pelvis içine redükte olduğu ve Double-J üreteral stentin seyri izlenmektedir.



Şekil 3. Olgu 2 nin preop sistogram görüntüsü



Şekil 4. Olgu 2 nin postop sistogram görüntüsü

SB-11) VEZİKOVAJİNAL FİSTÜL ONARIMI SONRASI FONKİSYONEL İYİLEŞME

ALİ CAN ALBAZ (1) OĞUZCAN ERBATU (1) NASIM MAMEDOVI (1) OKTAY ÜÇER (1) TALHA. MÜEZZİNOĞLU (1) GÖKHAN TEMELTAŞ(1)

1. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ

AMAÇ

Vezikovajinal fistül (VVF) onarımı sonrası yalnızca anatomik başarıyı değil,aynı zamanda hastaların fonksiyonel iyileşmesini ve üriner semptomların düzelmesini değerlendirmeyi amaçladık

GEREÇ-YÖNTEM

Üçüncü basamak bir merkezde VVF nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan 24 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi.Demografik özellikleri ,cerrahi yaklaşım,perioperatif sonuçlar,komplikasyonlar ,kontinans durumu ve takip sonuçları değerlendirildi.Fonksiyonel iyileşme ,son kontrolde kalıcı üriner semptom bulunmaması olarak tanımlandı

BULGULAR

Toplam 24 hastanın %70.8 'ine abdominal ,%29.2 'sine vajinal onarım uygulandı .Anatomik başarı oranı %95,8 olarak saptandı.Erken komplikasyon oranı %20.8 ,fistül nüksü %4.2 idi.Altıncı haftada hastaların %87.5 'inde kontinans sağlandı.Medyan 18 aylık takip sonunda. tüm hastalarda kalıcı üriner semptomların kaybolduğu görüldü ve. fonkisyonel iyileşme. oranı %100 olarak değerlendirildi.

SONUÇ

VVF onarımı deneyimli merkezlerde yüksek anatomik başarı ve mükemmel uzun dönem fonksiyonel sonuçlar sağlamaktadır .Anatomik kapanmanın yanı sıra fonksiyonel iyileşmenin de tedavi başarısının değerlendirilmesinde temel bir ölçüt olarak dikkate alınması gerektiği düşünülmektir

Değişken	Değer
Hasta. sayısı	24
Yaş(yıl) ortalama +_SS	54.1+_9.8
Vücut kitle indeksi(kg/m2)ortalama _+SS	29.3_+2,9
Abdominal onarım,n(%)	17(70.8)
Vajinal onarım,n(%)	7(29.2)
Omental interpoziyon,n(%)	6(25.0)
Anatomik başarı,n(%)	23(95.8)
Postoperatif sistografide kaçak ,n(%)	1(4.2)
Erken postoperatif komplikasyon,n(%)	5(20.8)
Fistül lüksü,n(%)	1(4.2)
6.haftda normal kontinas, n(%)	21(87.5)
Kalıcı urge. üriner. inkontinas ,n(%)	1(4.2)
Medyan takip süresi (ay)	18
Son kontrolde üriner.semptom yokluğu ,n(%)	24(100)
fonksiyonel iyileşme,n(%)	24(100)

Vezikovajinal fistül onarımı yapılan hastaların demografik özellikleri ve sonuçları

SB-12) HİSTEREKTOMİ SONRASI GELİŞEN REKTOVEZİKAL FİSTÜLÜN MULTİDİSİPLİNER CERRAHİ ONARIMI: OLGU SUNUMU GİRİŞ

MUHANNET ŞAMMALA(1) KHALED S.M. ALBABA(1) NEZİH TAMKAÇ(1) SADIK GÖRÜR(1)

1. HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Giriş

Rektovezikal fistül, gastrointestinal sistem ile üriner sistem arasında anormal bağlantı oluşturan nadir bir patolojidir. Pelvik cerrahiler sonrası geç dönemde gelişmesi oldukça nadirdir ve multidisipliner cerrahi yaklaşım gerektirir.

GEREÇ-YÖNTEM

Olgu Sunumu

65 yaşında kadın hasta, 20 yıl önce abdominal histerektomi öyküsü bulunan, Tip 2 diabetes mellitus dışında ek hastalığı olmayan ve sigara kullanmayan bir hasta olarak kliniğimize başvurdu. Başvuru şikâyeti fekalüri idi. Sistografi ve sistoskopi sonucunda rektovezikal fistül saptandı. İki gün sonra Üroloji ve Genel Cerrahi ekipleri tarafından multidisipliner cerrahi planlandı. Fistül eksize edilerek mesane primer olarak onarıldı ve koruyucu ileostomi açıldı. Operasyon sonunda iki yollu Foley kateter ve pelvik dren yerleştirildi.

BULGULAR

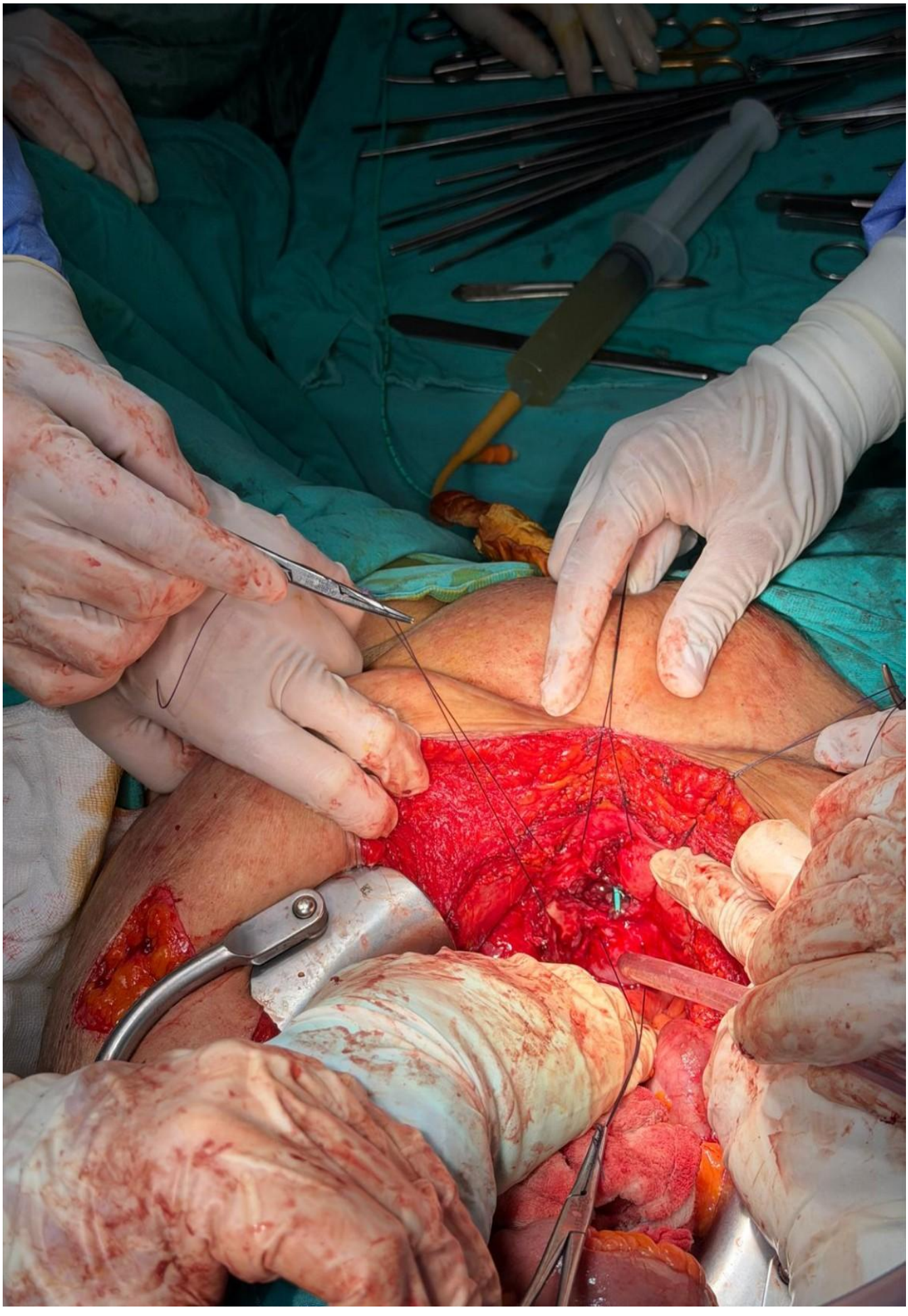
Postoperatif İzlem

Postoperatif dönemde drenaj olmaması üzerine pelvik dren 3. günde çıkarıldı. Üretral kateter 3 hafta süreyle tutuldu. Kontrol sistografisinde kontrast ekstravazasyonu veya rezidü fistül izlenmedi ve kateter güvenle çıkarıldı. Takiplerde nüks veya ek komplikasyon saptanmadı.

SONUÇ

Sonuç

Rektovezikal fistüllerde doğru tanı, multidisipliner cerrahi yaklaşım ve dikkatli postoperatif takip başarılı sonuçlar elde edilmesini sağlamaktadır.



SB-13) FOURNİER GANGRENİNDE MORTALİTEYİ ÖNGÖREN KLİNİK VE LABORATUVAR PARAMETRELER: TEK MERKEZLİ RETROSPEKTİF ANALİZ

OKAN BAZ(1) AHMET EMRE EREN(1) İLKER AKARKEN(1) HÜSEYİN TARHAN(1)

1. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Fournier gangreni (FG), yüksek mortalite oranına sahip, hızla ilerleyen nekrotizan enfeksiyondur. Bu çalışmada FG hastalarında mortalite ile ilişkili klinik ve laboratuvar parametrelerin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Fournier gangreni tanısıyla tedavi edilen 39 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Sürekli değişkenler medyan (ÇAA), kategorik değişkenler n (%) olarak sunuldu. Mortalite ile ilişkili faktörler Mann–Whitney U ve Fisher exact testleri ile değerlendirildi ve $p<0.05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Toplam mortalite oranı %15.4 (6/39) olarak bulundu. Hastaların yaş ortalaması 60.26±12.38 yıl olup, %94.9'unda en az bir ek hastalık mevcuttu. En sık komorbidite diabetes mellitus (%53.8) idi.
Klinik ve laboratuvar özellikler Tablo 1 de, Mortalitenin analizi ise Tablo 2 de belirtilmiştir.
Mortalite analizinde en dikkat çekici bulgu, 48. saat CRP düzeyinin mortalite ile anlamlı ilişkisi oldu. Başvuru CRP ($p=0.059$) ve kronik böbrek yetmezliği ($p=0.056$) ise sınırda anlamlılık gösterdi.

SONUÇ

Bu çalışmada Fournier gangreninde mortalite oranı %15,4 olarak saptandı.
Mortalite ile en güçlü ilişkili parametre 48. saat CRP düzeyi olup, erken dönemde inflamatuvar yanıtın dinamik takibinin prognoz açısından kritik olduğu gösterildi.
Başvuru CRP düzeyi ve kronik böbrek yetmezliği mortalite ile sınırda ilişkili bulunmuştur. Buna karşılık yaş, WBC, debridman sayısı ve cerrahi gecikme ile mortalite arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tablo 1. Klinik ve Laboratuvar Özellikleri

Değişken	Sonuç	Min–Maks	n
Demografik/Klinik			
Yaş (yıl)	60.2± 12.38 Medyan: 60(51–69)	37–81	39
Herhangi bir ek hastalık, n (%)	37 (94.9)		39
Diabetes mellitus, n (%)	21 (53.8)		39
Hipertansiyon, n (%)	14 (35.9)		39
Semptom-operasyon süresi (gün)	8.95 ± 28.64 Medyan: 3(2–5)	1–180	39
VAC uygulaması, n (%)	31 (79.5)		39
VAC süresi (gün)	9.55 ± 5.78 Medyan: 9.00 (7–12)	1–30	31
Debridman sayısı	4.15 ± 3.82 Medyan: 4.00 (2–5)	1–25	39
Hastanede yatış süresi (gün)	17.38 ± 11.41 Medyan: 15(10–20)	2–60	39
Mortalite, n (%)	6 (15.4)		39
Laboratuvar			
WBC	16.28 ± 7.06 Medyan: 16.17 (12.46–17.57)	3.50–45.36	39
CRP	208.97 ± 123.33 Medyan: 190.00 (105.00–312.00)	17–434	39
Prokalsitonin	1.78 ± 2.31 Medyan: 0.52 (0.26–2.51)	0.04–7.11	16
48. saat CRP	156.87 ± 94.68 Medyan: 148.00 (83.50–205.50)	14–390	38
İKAB pozitifliği, n (%)	3 (7.7)		39
Yara kültürü pozitifliği, n (%)	21 (53.8)		39

Tablo 2. Mortalitenin analizi

Değişken	Sağ kalan (n=33)	Eksitus (n=6)	p
Yaş (yıl)	60.00 (51–69)	67.00 (59–75)	0.242
Diabetes mellitus, n (%)	17 (51.5)	4 (66.7)	0.667
Hipertansiyon, n (%)	12 (36.4)	2 (33.3)	1.000
Kronik böbrek yetmezliği, n (%)	1 (3.0)	2 (33.3)	0.056
VAC uygulaması, n (%)	26 (78.8)	5 (83.3)	1.000
Semptom-operasyon süresi (gün)	3.00 (2.00–6.00)	2.50 (2.00–4.00)	0.431
Debridman sayısı	4.00 (2.00–5.00)	2.50 (1.25–4.50)	0.207
Hastanede yatış süresi (gün)	15.00 (11.00–20.00)	11.00 (2.00–19.00)	0.359
WBC	16.40 (12.59–18.30)	14.68 (11.55–16.47)	0.302
CRP	159.00 (101.00–305.00)	269.00 (237.25–354.75)	0.059
Prokalsitonin	0.43 (0.21–2.30)	2.82 (1.75–3.89)	0.333
48. saat CRP	132.00 (79.00–177.00)	189.00 (184.00–336.00)	0.031
Yara kültürü pozitif, n (%)	17 (51.5)	4 (66.7)	0.667

SB-15) PELVİK APSE NEDENİYLE YAPILAN HİSTEREKTOMİ SONRASI SESSİZ SEYREDEN VE GELİŞEN GEÇ DÖNEM ÜRETEROVAJİNAL FİSTÜLÜN CERRAHİ TEDAVİSİ

ESER ÖRDEK(1) YUSUF TURUNÇ(1) EREN GÜNSAY(1) DURAN KURU(1) SADIK GÖRÜR(1)

1. HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

giriş

Üreterovajinal fistül, jinekolojik cerrahiler sonrasında gelişebilen nadir ancak yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen bir komplikasyondur. Tanı çoğu zaman vajinal yoldan sürekli idrar kaçağı ve inkontinans şikayetleri ile konulmaktadır. Özellikle inflamasyonun yoğun olduğu pelvik cerrahilerde üreter yaralanmaları intraoperatif dönemde fark edilmeyebilir ve geç dönemde fistül gelişimi ile ortaya çıkabilir. Bu olgu sunumunda, enfekte endometrioma ve pelvik apse nedeniyle opere edilen bir hastada dört ay sonra gelişen üreterovajinal fistül ve başarılı cerrahi tedavisi sunulmuştur.

GEREÇ-YÖNTEM

olgu sunumu

BULGULAR

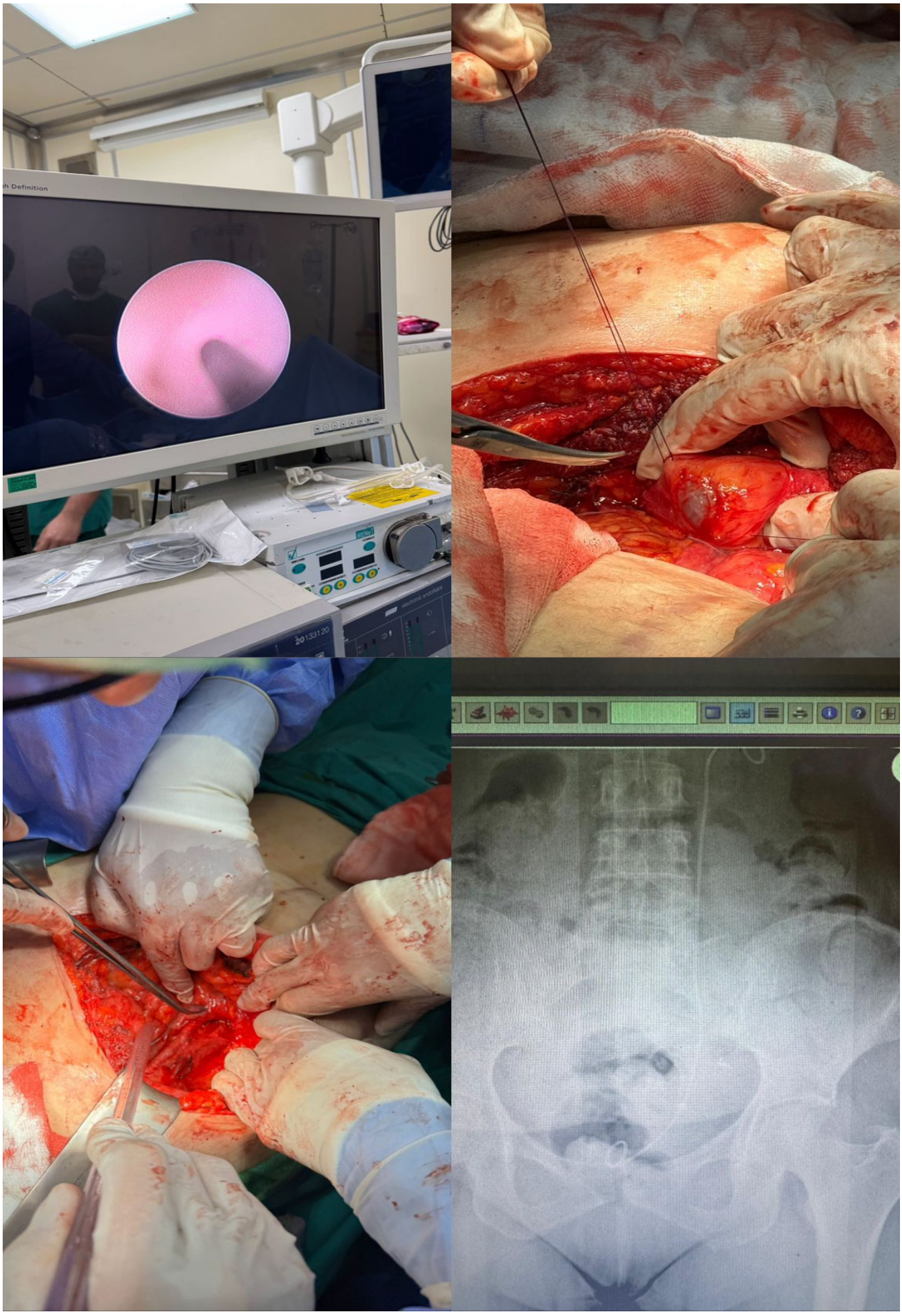
54 yaşında kadın hasta, dış merkezde yapılan endometriyal biyopsiden yaklaşık 20 gün sonra gelişen ateş, kasık ağrısı ve pürülan vajinal akıntı nedeniyle Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvurdu. CRP düzeyi 163 mg/L idi. Jinekolojik muayenede uterin hassasiyet ve pürülan vajinal akıntı saptandı. Transvajinal ultrasonografide sağ adnekste yaklaşık 9 cm boyutunda, kalın septasyonlar içeren heterojen kitle izlendi. Tuboovaryan apse ve malignite ön tanılarıyla intravenöz antibiyotik tedavisi başlandı.

Malignite şüphesinin dışlanamaması üzerine eksploratif laparotomi yapıldı. Hastaya total abdominal histerektomi, bilateral salpingo-ooforektomi, apendektomi, biyopsiler ve lenf nodu örneklemesi uygulandı. Patolojik incelemede sağ overde endometrioma zemininde enfekte korpus luteum kisti ve apse saptanırken, atipik endometrial hiperplazi, kronik servisit ve multipl uterin leiomyomlar izlendi. Lenf nodlarında malignite saptanmadı. Hasta sorunsuz olarak taburcu edildi.

Operasyondan dört ay sonra vajenden idrar gelmesi, sürekli vajinal akıntı ve üriner inkontinans yakınmalarıyla yeniden başvurdu. Manyetik rezonans görüntülemede sol üreterovajinal fistül saptandı. Tanısal sistoskopide sol üreterin orifisten yaklaşık 2 cm distalinde kör sonlandığı görüldü ve kılavuz tel ilerletilemedi. Bunun üzerine açık cerrahiye geçildi. Eksplorasyonda sol üreter iliak damar çaprazı proksimalinde dilate izlendi. Hasarlı distal segment eksize edilerek, segment kaybı nedeniyle üreteroneosistostomi uygulandı. Anastomoz sırasında 4,7 Fr 26 cm double-J stent yerleştirildi. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Hasta postoperatif 5. günde dren çekilerek taburcu edildi. İzlemde vajinal idrar kaçağının tamamen düzeldiği ve kontinansın sağlandığı görüldü.

SONUÇ

Jinekolojik cerrahiler sonrasında gelişen üreter yaralanmaları erken dönemde fark edilmeyebilir ve geç dönemde üreterovajinal fistül ile ortaya çıkabilir. Özellikle enfeksiyon ve yoğun inflamasyonun eşlik ettiği pelvik cerrahilerde üreter hasarı açısından dikkatli olunmalıdır. Sürekli vajinal akıntı ve inkontinans yakınmaları olan hastalarda üreterovajinal fistül akılda tutulmalıdır. Uygun görüntüleme yöntemleri ile tanı konulduktan sonra gerçekleştirilen üreteroneosistostomi, yüksek başarı oranı ile etkili bir tedavi seçeneğidir.



SB-16) ÜRETROPLASTİ SONUÇLARIMIZ: YENİ BAŞLAYAN BİR MERKEZİN İLK DENEYİMİ

ÖZGÜR EKİCİ(1) İLYAS YILMAZ(1) MEHMED AKİF ER(1) EFE ÖNEN(1) NİYAZİ SERHAT YOLAY(1) SEDAT ÖNER(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Üretroplasti, üretral darlık tedavisinde uzun dönemde en yüksek başarı oranına sahip cerrahi yöntemdir. Bu çalışmada, kliniğimizde Aralık 2024 -Nisan 2026 tarihleri arasındaki üretroplasti programının erken dönem sonuçlarını paylaşmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Şubat 2025 – Nisan 2026 tarihleri arasında kliniğimizde üretroplasti uygulanan 21 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalar erkekti. Anastomotik ve augmentasyon teknikleri kullanıldı; augmentasyon vakalarında ağırlıklı olarak bukkal mukoza grefti tercih edildi. Başarı kriterleri olarak semptom iyileşmesi, akım hızı artışı ve rekürrens yokluğu esas alındı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 21 hastanın ortalama yaşı 49,9 ± 19,3 (19-76) yıl, ortalama VKİ 27,5 kg/m² idi ve %23,8'inde sigara öyküsü mevcuttu. Etyolojik dağılımda en sık neden iyatrojenik darlık (%71,4, çoğunlukla TUR-P sonrası) olup, bunu idiopatik (%23,8) ve travmatik (%4,8) nedenler izledi. Darlıklar en sık bulber üretrada (%61,9) yerleşmiş; penil (%23,8), prostatik (%4,8) ve diğer/iki farklı bölge (%9,5) tutulumları daha az görüldü. Ortalama darlık uzunluğu 30,0 mm (10-90 mm) ve ortalama önceki müdahale sayısı 2,2 (1-6) idi; hastaların %14,3'üne preoperatif sistostomi açılmıştı. Cerrahi teknik olarak hastaların %52,4'üne anastomotik, %47,6'sına augmentasyon üretroplasti uygulandı; augmentasyon vakalarının tamamında bukkal mukoza grefti kullanıldı. Anastomotik onarımlar daha kısa darlıklarda (ort. 17,1 mm) tercih edilirken, augmentasyon daha uzun segmentlerde (ort. 39,0 mm) uygulandı. Ortalama ameliyat süresi 120,2 ± 32,7 dk (80-205 dk), ortalama hastanede kalış süresi 1,9 ± 0,8 gün ve postoperatif sonda çekim süresi 18,8 ± 8,8 gün olarak saptandı. Fonksiyonel olarak ortalama Qmax değeri preoperatif 5,8 ml/sn'den postoperatif 24,0 ml/sn'ye yükseldi (%313 artış). Postoperatif komplikasyon oranı %9,5, nüks oranı %23,8 olup genel başarı oranı %76,2 olarak hesaplandı. Nüks olgularının 2'si anastomotik üretroplasti sonrası, 3'ü ise augmentasyon üretroplastisi sonrası gelişmiş olup 1 olguda peçe benzeri darlığa internal üretrotomi uygulandı, 2 olgu dış merkeze yönlendirildi, 2 olgu ise takipsiz kalmıştır.

SONUÇ

Serimizde en sık etyoloji, önceki TUR-P ilişkili iyatrojenik darlıktı (%71,4). En sık darlık lokalizasyonu bulber üretraydı (%61,9). Anastomotik teknik kısa darlıklarda (ort. 17,1 mm) tercih edilirken, augmentasyon uzun segmentlerde (ort. 39 mm) kullanıldı. Ortalama Qmax değeri operasyon öncesi 5,8 ml/sn'den postoperatif 24,0 ml/sn'ye yükseldi. Genel başarı oranımız %76,2 olup bu oran öğrenme eğrisi kapsamındaki ilk deneyimimiz göz önünde bulundurulduğunda literatürle uyumludur. Kısa hastanede kalış süresi (ort. 1,9 gün) minimal invaziv yaklaşımımızı yansıtmaktadır. Sonuç olarak, üretroplasti programımız kabul edilebilir erken dönem sonuçlarla sürdürülmektedir.

Tablo 1: Hasta Demografisi ve Klinik Özellikler

Parametre	Değer
Toplam hasta sayısı	21
Yaş (ort ± SS)	49,9 ± 19,3 yıl (19-76)
VKİ (ort ± SS)	27,2 ± 4,0 kg/m² (16,4-33,9)
Sigara öyküsü	5 (%23,8)
Preop Qmax (ort ± SS)	5,8 ± 3,9 ml/sn (0,9-13,1)
Darlık uzunluğu (ort ± SS)	30,0 ± 17,9 mm (10-90)
Önceki müdahale sayısı (ort ± SS)	2,2 ± 1,7 (1-6)
Preop sistostomi	3 (%14,3)
Etyoloji	
İyatrojenik	15 (%71,4)
İdiopatik	5 (%23,8)
Travma	1 (%4,8)
Darlık Lokalizasyonu	
Bulber üretra	13 (%61,9)
Penil üretra	5 (%23,8)
Prostatik üretra	1 (%4,8)
Diğer / İki farklı bölge	2 (%9,5)

Tablo 2: Perioperatif ve Postoperatif Sonuçlar

Parametre	Değer
Cerrahi Teknik	
Anastomotik üretroplasti	11 (%52,4)
Augmentasyon üretroplasti	10 (%47,6)
Bukkal mukoza grefti	9/10 augmentasyon vakası
Greft Lokalizasyonu (n=10)	
Ventral	6 (%60)
Dorsolateral	2 (%20)
Dorsal	2 (%20)
Ortalama ameliyat süresi	120,2 ± 32,7 dk (80-205)
Postop sonda çekim süresi (ort)	18,8 ± 8,8 gün
Hastanede kalış süresi (ort)	1,9 ± 0,8 gün (1-4)
Ortalama takip süresi	9,2 ± 5,1 ay (1,0-17,8)
Fonksiyonel Sonuçlar	
Postop Qmax (ort ± SS)	24,0 ± 10,6 ml/sn (2,8-45,9)
Qmax artışı	5,8 → 24,0 ml/sn (+%313)
Postop komplikasyon	2 (%9,5)
Nüks	5 (%23,8)
Başarı oranı	%76,2

ort: ortalama | SS: standart sapma | Qmax: maksimum idrar akım hızı

SB-17) REKONSTRÜKTİF ÜROLOJİYE ERİŞİMİN KISITLI OLDUĞU PERİFER ÜROLOJİ KLİNİĞİNDE ÜRETRA DARLIĞI YÖNETİMİ: INTERNAL ÜRETROTOMİNİN GERÇEK YAŞAM SONUÇLARI

MUSTAFA OZAN ATAÇER(1) GÖKTAN ALPTUĞ ÖZ(2)

1. EŞME DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, UŞAK
2. DÖRTYOL DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, HATAY

AMAÇ

Üretra darlığı, alt üriner sistem semptomlarına neden olan, yaşam kalitesini belirgin olarak etkileyen, rekürrens riski yüksek ve uzun dönem takip gerektiren bir hastalıktır. Avrupa Üroloji Derneği (EAU) Güncel Üretral Darlık Kılavuzu, seçilmiş üretra darlıklarında ilk tedavi seçeneği olarak direkt görüş altında internal üretrotomiyi önermekte, rekürren olgularda ise üretroplastiyi en yüksek başarı oranına sahip standart tedavi yöntemi olarak kabul etmektedir. Bununla birlikte üretroplasti, yüksek cerrahi deneyim ve rekonstrüktif üroloji konusunda uzmanlaşmış merkezler gerektiren kompleks bir cerrahi girişimdir. Rekonstrüktif üroloji merkezlerinin ve bu alanda deneyimli cerrahların sınırlı olması nedeniyle perifer merkezlerde üretroplastiye erişim her zaman mümkün olamamaktadır. Bu nedenle üretral darlık tedavisinde internal üretrotomi, güncel kılavuz önerilerine rağmen perifer üroloji pratiğinde önemli bir tedavi seçeneği olmaya devam etmektedir
Bu çalışmada, rekonstrüktif ürolojiye erişimin kısıtlı olduğu perifer bir üroloji kliniğinde internal üretrotomi uygulanan hastaların klinik ve fonksiyonel sonuçlarının değerlendirilmesi, nüks gelişimini etkileyen faktörlerin araştırılması ve gerçek yaşam pratiğinde internal üretrotominin yerinin ortaya konulması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2024–Haziran 2026 tarihleri arasında Eşme Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği'nde internal üretrotomi uygulanan hastalar retrospektif olarak tarandı. Hastaların yaş, komorbiditeler, darlık etiyolojisi, darlık lokalizasyonu ve uzunluğu, operasyon öncesi ve sonrası maksimum idrar akım hızı (Qmax), preoperatif üretra dilatasyonu uygulaması ve postoperatif dilatasyon gereksinimi, takip süresi ve nüks gelişimi kaydedildi. Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler sayı ve yüzde [n (%)] olarak ifade edildi. Tek değişkenli analizlerde kategorik değişkenler Ki-kare testi, sürekli değişkenler ise dağılım özelliklerine göre bağımsız örneklem Student's t-testi veya Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 60 hasta dahil edildi. Hastaların demografik, klinik ve perioperatif özellikleri Tablo 1'de özetlendi. Takip süresince 13 hastada (%21,7) nüks gelişti. Nüks gelişimi açısından hastaların klinik özellikleri karşılaştırıldığında, nüks ile ilişkili faktörler Tablo 2'de karşılaştırılmıştır. Nüks gelişen hastalarda iyatrojenik etiyoloji anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p=0,013$). Darlık uzunluğu nüks grubunda daha fazla olup ($p=0,001$), multiple darlık ($p=0,001$) ve preoperatif dilatasyon öyküsü ($p=0,003$) daha sık izlendi. Ayrıca nüks gelişen hastalarda takip süresi daha uzundu ($p=0,019$). Darlık lokalizasyonu ile nüks gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Membranöz tutulum nüks grubunda daha yüksek oranda görülmekle birlikte bu fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı ($p=0,099$).

SONUÇ

Rekonstrüktif ürolojiye erişimin kısıtlı olduğu perifer kliniklerde üretral darlık tedavisinde internal üretrotomi, uygun hasta seçimiyle etkin bir tedavi seçeneğidir. Rekürren olgularda ise üretroplasti standart tedavi olmaya devam etmektedir. Rekonstrüktif ürolojiye erişimin artırılması, uygun hastaların zamanında üretroplastiye yönlendirilmesine ve üretral darlık yönetiminde tedavi başarısının iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Tablo 1. Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri (n=60)

Değişken	**Değer**
Yaş (yıl), ortalama ± SS	66,2 ± 8,7
Takip Süresi (ay), ortalama ± SS	9,8 ± 6,1
Diabetes Mellitus, n (%)	32 (53,3)
Koroner Arter Hastalığı, n (%)	22 (36,7)
Sigara Öyküsü, n (%)	39 (65,0)
Sigara Kullanım Miktarı (paket-yıl), ortalama ± SS	25,8 ± 23,2
Darlık Etiyolojisi	
• İyatrojenik	32 (53,3)
• İdiyopatik	28 (46,7)
Darlık Lokalizasyonu	
• Meatal	3 (5,0)
• Penil	1 (1,7)
• Bulber	18 (30,0)
• Membranöz	49 (81,7)
• Mesane Boynu	1 (1,7)
Birden Fazla Segment Tutulumu, n (%)	13 (21,7)
Darlık Uzunluğu (cm), ortalama ± SS	1,03 ± 0,42
Multiple Darlık, n (%)	18 (30,0)
Preoperatif Dilatasyon Öyküsü, n (%)	33 (55,0)
Preoperatif Qmax (mL/sn), ortalama ± SS	6,22 ± 1,41
Postoperatif Qmax (mL/sn), ortalama ± SS	14,25 ± 3,38
Nüks Gelişimi, n (%)	13 (21,7)

Tablo 2. İnternal Üretrotomi Sonrası Nüks Gelişimi ile Ilişkili Klinik Faktörlerin Karşılaştırılması

Değişken	**Nüks (+) (n=13)**	**Nüks (-) (n=47)**	**p**
Yaş (yıl)	67,3 ± 5,8	65,9 ± 9,4	0,565
Diabetes Mellitus, n (%)	10 (76,9)	22 (46,8)	0,066
Koroner Arter Hastalığı, n (%)	4 (30,8)	18 (38,3)	0,751
Sigara Kullanım Miktarı (paket/yıl)	31,9 ± 23,4	24,4 ± 23,0	0,189
Darlık Etiyolojisi			
• İyatrojenik, n (%)	11 (84,6)	21 (44,7)	**0,013**
• İdiyopatik, n (%)	2 (15,4)	26 (55,3)	
Darlık Lokalizasyonu			
• Meatal Tutulum, n (%)	1 (7,7)	2 (4,3)	0,526
• Penil Tutulum, n (%)	0 (0)	1 (2,1)	1,000
• Bulber Tutulum, n (%)	5 (38,5)	13 (27,7)	0,504
• Membranöz Tutulum, n (%)	13 (100)	37 (78,7)	0,099
• Mesane Boynu Tutulumu, n (%)	0 (0)	1 (2,1)	1,000
Darlık Uzunluğu (cm)	1,4 ± 0,5	0,9 ± 0,4	**0,001**
Multiple Darlık, n (%)	9 (69,2)	9 (19,1)	**0,001**
Preoperatif Dilatasyon Öyküsü, n (%)	12 (92,3)	21 (44,7)	**0,003**
Takip Süresi (ay)	13,2 ± 5,2	8,9 ± 6,0	**0,019**

SB-18) DİSTAL VAJİNAL OBLİTERASYON VE ÜRETRAL MEATAL STENOZDA SKOPİ EŞLİĞİNDE GUİDE YARDIMLI REKANALİZASYON

EYÜP BURAK SANCAK(1) TEVFİK MURAT KOŞAN(1) TAHA DÖNER(1) SABRİ KAYA(1) İBRAHİM ONUR BAĞRIYANIK(1)

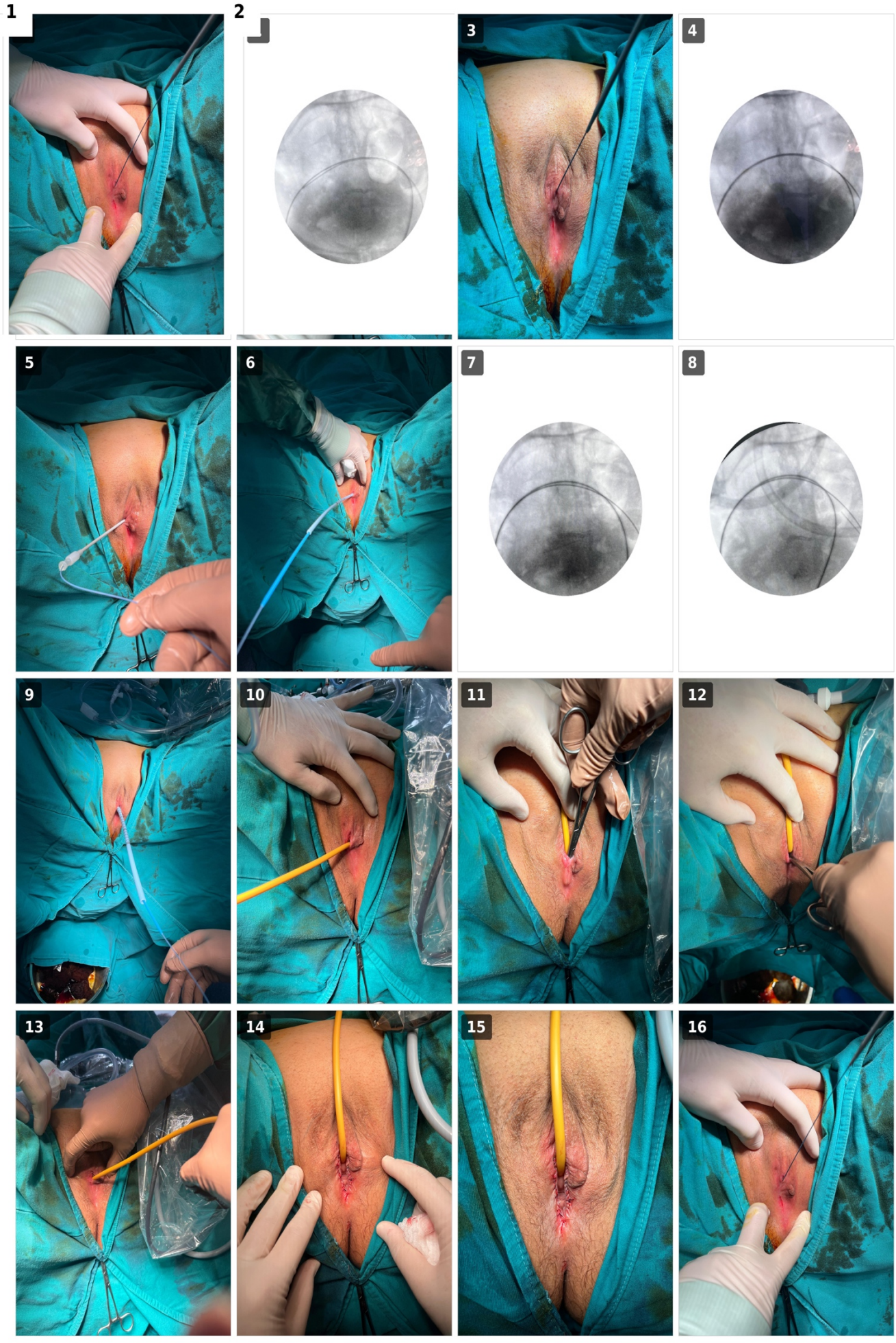
1. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ
Üretral meatusun seçilemediği ve vajinal açıklığın izlenemediği ileri yaş kadın hastada, skopi eşliğinde guide yardımlı üretral lokalizasyon, üretral dilatasyon ve vajinal açıklığın cerrahi olarak sağlanmasına yönelik deneyimimizi sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Altı aydır alt üriner sistem semptomları ve stres baskın mikst tip üriner inkontinans şikâyetleri ile başvuran 72 yaşındaki kadın hasta değerlendirildi. Hastanın özgeçmişinde meme kanseri nedeniyle radyoterapi ve hormonoterapi, TAH-BSO, diabetes mellitus, koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve hipotiroidi mevcuttu. Hasta, TAH-BSO sonrası dönemde vajinal açıklığında zamanla belirginleşen kapanma olduğunu tariflemekteydi. Klinik değerlendirmede ayrıntılı genital muayene, laboratuvar tetkikleri, tam idrar tetkiki, idrar kültürü, üroflowmetri ve postmiksiyonel rezidü ölçümü yapıldı. Genital muayenede üretral meatus seçilemedi ve vajinal açıklık izlenmedi.
Cerrahi işlemde, klitoris inferiorunda üretra olabileceği düşünülen alana sensory guide ilerletildi. Skopi altında guide'ın mesane içerisinde kıvrıldığının görülmesiyle üretral giriş doğrulandı. Ardından 6 Fr Nelaton sonda ile mesaneye girildi ve kontrast madde verilerek mesane dolumu teyit edildi. Üretra, skopi eşliğinde Amplatz dilatatörler ile 24 Fr'ye kadar dilate edildi. Sistoskopi ile mesane değerlendirildikten sonra guide eşliğinde 18 Fr Foley kateter yerleştirildi. Vajinal açıklığın izlenmediği distal kapalı alan insize edilerek vajinal açıklık sağlandı. Kanama kontrolünün ardından cilt 3/0 Vicryl sütür ile sütürize edilerek işlem sonlandırıldı.

BULGULAR
Yetmiş iki yaşındaki kadın hasta, 6 aydır devam eden alt üriner sistem semptomları ile başvurdu. Hasta ayrıca stres baskın mikst tip üriner inkontinans tariflemekteydi. Özgeçmişinde meme kanseri nedeniyle radyoterapi ve hormonoterapi öyküsü, total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi operasyonu, diabetes mellitus, koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve hipotiroidi mevcuttu. Hasta, TAH-BSO sonrası dönemde vajinal açıklığında zamanla belirginleşen kapanma olduğunu tariflemekteydi. Serum kreatinin düzeyi 0,8 mg/dL idi. Tam idrar tetkiki ve idrar kültürü doğal olarak değerlendirildi. Üroflowmetride Qmax 2 mL/sn, işenen hacim 105 mL ve postmiksiyonel rezidü 30 cc olarak saptandı. Genital muayenede üretral meatus seçilemedi ve vajinal açıklık izlenmedi.
Operatif değerlendirmede yalnızca klitoris anatomik olarak seçilebildi. Klitoris inferiorundan ilerletilen sensory guide'ın skopi altında mesane içerisinde kıvrıldığının görülmesiyle üretral giriş doğrulandı. Üretra 24 Fr'ye kadar dilate edildi. Sistoskopide mesanede patolojik oluşum izlenmedi ve bilateral üreter orifisleri doğal olarak değerlendirildi. Vajinal açıklığın izlenmediği distal bölge insize edildiğinde vajinal kanalın mevcut olduğu görüldü ve vajinal açıklık cerrahi olarak sağlandı. İşlem sonunda guide eşliğinde 18 Fr Foley kateter yerleştirildi.

SONUÇ
Kadın hastalarda alt üriner sistem semptomlarının değerlendirilmesinde ayrıntılı genital muayene önemli bir basamaktır. Bu olguda üretral meatusun seçilememesi ve vajinal açıklığın izlenememesi, genital muayenenin tanı ve cerrahi planlamadaki yol gösterici rolünü vurgulamaktadır.


1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

SB-19) İNKOMPLET ÜRETERAL DUPLİKASYONU OLAN HASTADA ALT POLÜ DRENE EDEN TOPLAYICI SİSTEME AİT OBSTRÜKSİYONUN REKONSTRÜKTİF TEDAVİSİ: NADİR BİR OLGU SUNUMU

BARIŞ DOĞAN(1) MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) ARDA BERKAY ESKİCİ(1) BERKAY KILINÇKAYA(1) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Üreteral duplikasyon, embriyolojik gelişim sürecindeki varyasyonlara bağlı olarak ortaya çıkan ve klinik spektrumu asemptomatik olgulardan ileri derecede obstrüktif üropatiye kadar değişebilen konjenital bir üriner sistem anomalisidir. Özellikle inkomplet duplikasyonlarda, iki üreteral segmentin birleştiği segmentte darlık gelişmesi çoğu zaman rastlantısal bir bulgu olarak saptansa da, drenaj dinamiklerini bozabilecek anatomik ve fonksiyonel sorunlara zemin hazırlayabilir.
Bu olguda, proksimal üreter düzeyinde erken birleşim gösteren inkomplet duplike toplayıcı sistemde, alt polü drene eden üreterin birleşim noktasında gelişen darlığa bağlı dilatasyon saptanan ve üreteroüreterostomi ile tedavi edilen bir hasta sunulmuştur.

GEREÇ-YÖNTEM

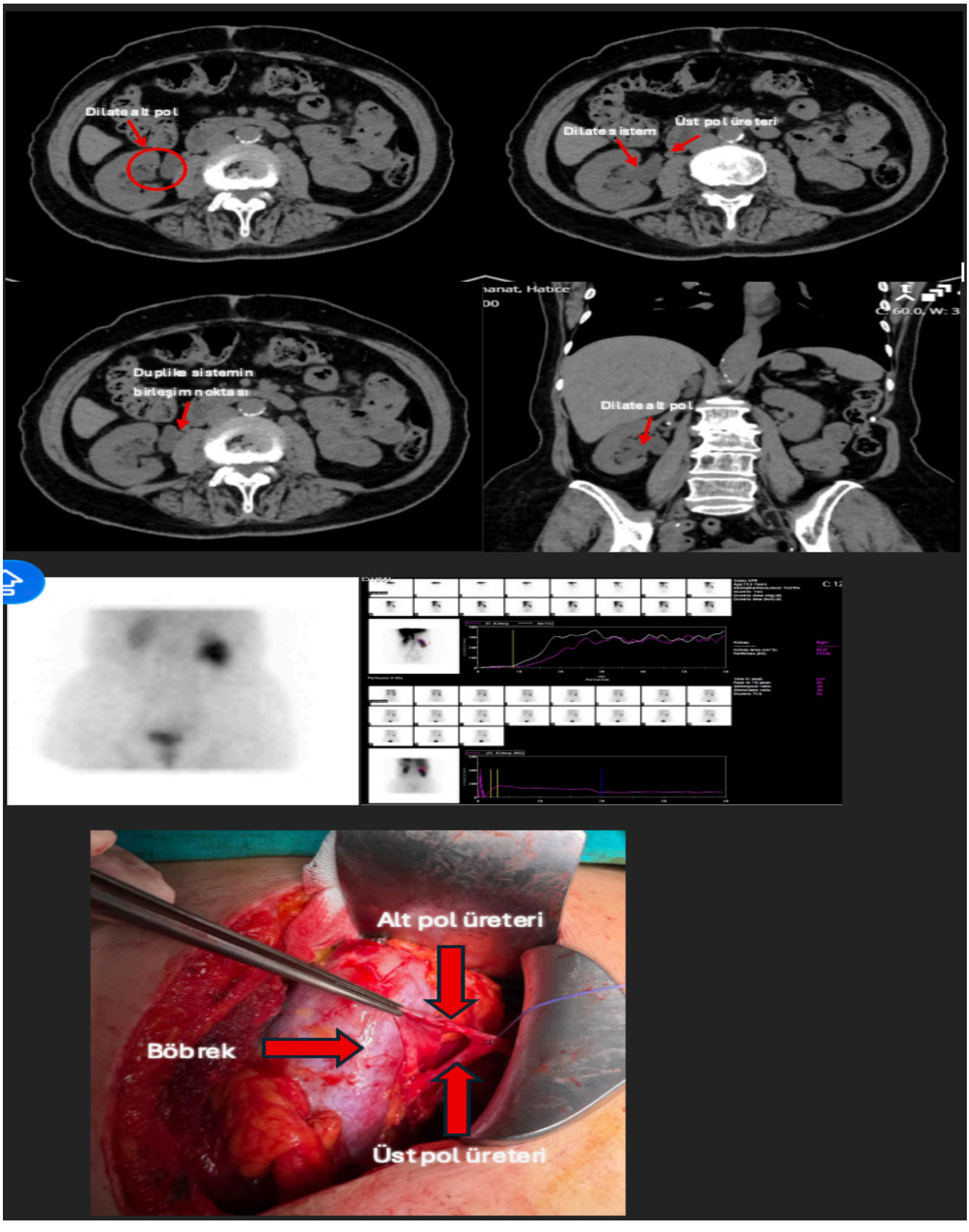
Bilinen DM , HT , aritmi hastalığı olan ve apandektomi öyküsü olan yetmiş iki yaşında kadın hasta, sağ yan ağrısı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın tetkiklerinde sağ böbrek alt pol toplayıcı sisteminde dilatasyon, dilatasyonun proksimal üreter düzeyinde sonlandığı gözlendi.

BULGULAR

MAG-3 sintigrafide, sağ böbrek alt pol toplayıcı sisteminde ekskresyon fazında gecikme izlendi. Diferansiyel renal fonksiyonlar sağ böbrekte %60, sol böbrekte %40 olarak saptandı. Sintigrafik inceleme, sağ böbrek alt pol sisteminde obstrüktif tipte dilatasyon ile uyumlu olarak değerlendirildi.
Hastaya ön tanı olarak üreteropelvik bileşke obstrüksiyonu düşünülerek açık pyeloplasti planlandı. İntraoperatif eksplorasyonda, sağ böbreğin üst ve alt polünü drene eden iki ayrı toplayıcı sistem ve proksimal üreter düzeyinde inkomplet duplikasyon saptandı. Duplike üreterlerin proksimal üreterin hemen distalinde birleştiği gözlendi. Alt polü drene eden üreteral segmentte, birleşme düzeyinde belirgin darlık ve buna eşlik eden alt pol toplayıcı sistem dilatasyonu mevcuttu.
Darlıklı üreteral segment eksize edildi. Ardından, sağlam üreteral segmentler arasında spatüle uç uca üreteroüreterostomi gerçekleştirildi. Anastomoz hattına DJ stent yerleştirildi.

SONUÇ

Duplike toplayıcı sistemlerde segmental dilatasyon saptandığında eşlik eden üreteral darlık ve anatomik varyasyonlar akılda tutulmalıdır. Uygun olgularda darlıklı segmentin eksizyonu ve üreteroüreterostomi, obstrüksiyonun giderilmesinde etkili bir tedavi seçeneğidir.


Dilate alt pol
Dilate sistem
Üst pol üreteri
Duplike sistemin
birleşim noktası
Dilate alt pol
Alt pol üreteri
Böbrek
Üst pol üreteri

SB-20) ANTERİOR VAJİNAL DUVAR PROLAPSUSU VE MESANE DİSFONKSİYONU OLAN GERİATRİK HASTADA DARN TEKNİĞİ İLE REKONSTRÜKSİYON:VAKA SUNUMU

YUSUF ONUR PEKŞEN(1) SÜLEYMAN ALP(1) YUSUF ÖNDER ÖZSAĞIR(1) DENİZ GÜL(1) OSMAN KÖSE(1)

1. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Pelvik organ prolapsusu ve üriner inkontinansın cerrahi yönetimi, ileri yaş ve çoklu komorbidite varlığında güçleşmektedir. Bu vakada; meme kanseri ve pelvik taban rekonstrüksiyon öyküsü bulunan, takiplerinde yüksek postmiksiyonel rezidüye (PMR) bağlı vezikoüreteral reflü (VUR) gelişen 76 yaşındaki hastada, anterior vajinal duvar prolapsusu (AVDP) nedeniyle örme tekniği uygulanan hasta sunulmuştur.

GEREÇ-YÖNTEM

Beş yıldır devamlı inkontinans , vajinal prolapsus ve kronik dizüri şikayetleri ile başvuran 76 yaşındaki kadın hastanın özgeçmişinde iki vajinal doğum öyküsü, 25 yıl önce meme kanseri nedeniyle sol mastektomi operasyonu, total abdominal histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi (TAH+BSO) operasyonu; 14 yıl önce vajinal sakrospinöz ligamentopeksi ve sistorektosel onarımı operasyonu öyküleri ; obezite, hipertansiyon ve skolyoz tanıları olduğu izlendi. Oral oksibutininden ilk yıl fayda gören hastanın, takiplerinde medikal tedaviden fayda görmemeye başladığı öğrenildi.
Eylül 2024'te hematüri nedeniyle başvurusunda sol staghorn böbrek taşı saptanan, yapılan sistoskopide multiple divertiküller izlenen ve sağ yan duvardaki hemorajik alanlardan yapılan TUR biyopsi kronik sistit olarak raporlanan hastanın kasım 2024'te yapılan görüntülemede (Resim 1) bilateral hidronefrozu, üroflowmetrisi başarısız ve 250 cc PMR si olduğu saptanmıştır.
Prolapsus şikayeti devam eden hastanın kasım 2025 muayenesinde evre 3 anterior vajinal duvar prolapsusu (POP-Q: AA:+2, BA:+2, AP:-2, BP:-2, C:-4) ve öksürük stres testi pozitifliği saptandı. Şubat 2026'daki sistoskopisinde mesane çıkım obstrüksiyonunun (MÇO) anterior duvar prolapsusu nedeniyle oluştuğu izlendi, kateter ödemine sekonder hiperemik alanlar görüldü. Hasta temiz aralıklı kateterizasyon (TAK) programına alındı. Üretral striktürün dışlanmasıyla AVDP onarımı için örme tekniği uygulanması planlandı.

BULGULAR

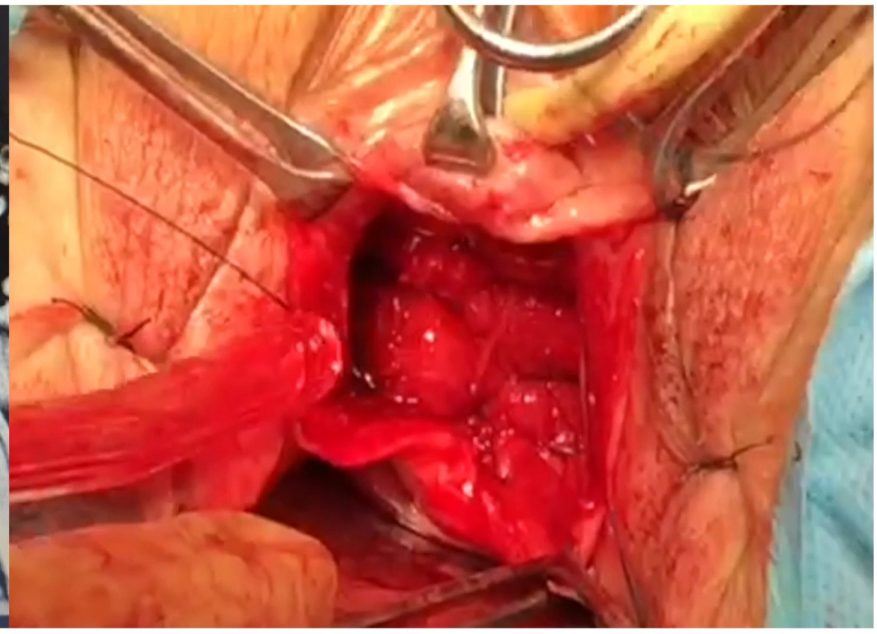
Vakada transvajinal yolla 2.0 Prolen sütur ile distalde arcus tendineus fascia pelvisten başlanarak, perivezikal fasya ve proksimalde kardinal ligamente devam eden bir ağ oluşturacak şekilde karşılıklı süturasyon yapılıp örüldü, bu şekilde mesane tabanı örme tekniği kullanılarak desteklendi. (Resim 2)
Postoperatif 1. gün sondası çekilen ve PMR'si 50 cc ölçülen hasta topikal östrojen önerisiyle taburcu edildi. Poliklinik kontrolünde hastanın 1-2 ped kadar ıslatması olduğu öğrenildi. Hasta topikal östrodiol ile takip edilmektedir.

SONUÇ

İleri yaş ve multiple pelvik taban rekonstrüksiyon cerrahisi geçiren hastalarda pelvik tabanın üst üriner sistem ile beraber bütüncül değerlendirilmesi önemlidir.Olgumuzda AVDP'unun neden olduğu anatomik MÇO' ya bağlı olarak üroflowmetrinin başarısız olması, postmiksiyonel rezidünün (PMR) 250 cc ölçülmesi ve buna sekonder bilateral hidronefroz gelişmesi bu gerekliliği destekler niteliktedir.



Resim 1: BT görüntülemesindeki bilateral hidronefroz görüntüsü



Resim 2: Darn tekniği peroperatif görüntüsü

SB-21) KARIŞIK TİPTE İDRAR KAÇIRMASI OLAN KADINLARDA İDRAR NGF VE BDNF DÜZEYLERİ MEDİKAL TEDAVİ BAŞARISINI ÖNGÖREBİLİR Mİ?

HAMİT ZAFER AKSOY(1) HASAN RIZA AYDIN(1) BANU İŞBİLEN BAŞOK(2) TÜRKER ALTUNTAŞ(3) OSMAN AKYÜZ(1) ÇAĞRI AKIN ŞEKERCİ(4) TUFAN TARCAN(4)

1. Trabzon Universitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye
2. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Biyokimya Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
3. Doğanşehir Şehit Esra Köse Başaran Devlet Hastanesi, Üroloji Departmanı, Malatya, Türkiye
4. Marmara Universitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

AMAÇ

Karışık tipte idrar kaçırma (KTİK) olan kadınlarda idrar sinir büyüme faktörü (NGF) ve beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF) düzeylerini araştırmak ve bu belirteçlerin duloksetin tedavisine yanıtı öngörmedeki potansiyel değerini ortaya koymaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

30-70 yaş arasında, KTİK tanısı alan kadınlar Ocak 2022-Aralık 2023 tarihleri arasında prospektif olarak çalışmaya dahil edildi. İdrar NGF ve BDNF düzeyleri, duloksetin tedavisi öncesinde ve tedaviden bir ay sonra ELISA yöntemiyle ölçüldü ve idrar kreatininine göre normalize edildi. Başlangıç düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla sağlıklı bir kontrol grubu da çalışmaya dahil edildi. Tedavi başarısı, bir aylık takipte tam kuruluk sağlanması olarak tanımlandı. Hastalar tedaviye yanıt vermeyenler (Grup 1) ve yanıt verenler (Grup 2) olarak sınıflandırıldı. Biyobelirteç düzeyleri gruplar arasında karşılaştırıldı ve klinik ile ürodinamik parametrelerle ilişkileri değerlendirildi.

BULGULAR

Toplam 33 hasta ve 10 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. Medyan yaş 53 (43-58) yıldı. Başlangıç idrar NGF ve BDNF düzeyleri açısından hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı fark saptanmadı. Tüm hasta grubunda, duloksetin tedavisi sonrasında idrar NGF düzeylerinde sınırda anlamlı bir artış gözlendi (p=0,05). Ürodinamik üriner inkontinansı olan hastalarda tedavi sonrası NGF düzeylerinde anlamlı artış saptandı (p=0,042). Tedaviye yanıt vermeyen hastalarda başlangıç NGF ve BDNF düzeyleri, yanıt veren hastalara göre anlamlı derecede daha yüksekti (sırasıyla p=0,047 ve p=0,022). Nörotrofin düzeyleri ile spesifik ürodinamik parametreler arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

SONUÇ

Yüksek NGF ve BDNF düzeyleri, duloksetin tedavisine zayıf yanıt ile ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular, söz konusu nörotrofik faktörlerin tanısal belirteçlerden ziyade tedavi sonucunu öngören biyobelirteçler olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir. Kadınlarda KTİK tedavisinin bireyselleştirilmesine yönelik klinik kullanım alanlarını netleştirmek için daha büyük örneklemli ve daha uzun takip süreli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

-	Başlangıç	Tedavi sonrası	P değeri
Tüm grup (n=33)	-	-	-
NGF (ng/mg Cr)	0.75 (0.48-1.41)	1.36 (0.57-3.34)	0.05
BDNF (pg/mg Cr)	113.64 (69.24-236.97)	193.7 (81.99-470.99)	0.07
Detrusor aşırı aktivitesi (n=17)	-	-	-
NGF (ng/mg Cr)	0.8 (0.49-1.66)	1.36 (0.52-2.91)	0.124
BDNF (pg/mg Cr)	120.89 (70.81-236.97)	193.7 (75.37-416.11)	0.136
Ürodinamik idrar kaçırma (n=27)	-	-	-
NGF (ng/mg Cr)	0.69 (0.47-1.32)	1.34 (0.53-3.76)	0.042
BDNF (pg/mg Cr)	113.64 (67-215.05)	190.93 (75.97-532.59)	0.058

Tüm Hasta Kohortunda ve Ürodinamik Bulgulara Göre Biyobelirteç Düzeylerinin Karşılaştırılması

Tablo 2. Tedaviye Yanıt Vermeyen ve Veren Hastaların Karşılaştırılması

	Grup 1 (Yanıtsız, n=12)	Grup 2 (Yanıtlı, n=21)	P değeri
Yaş (yıl)	55.5 (40.75-59.5)	53 (42-58)	0.735
VKİ (kg/m^2)	27.65 (23.5-29.45)	28.69 (27.22-30.97)	0.273
Tedavi öncesi NGF (ng/mg Cr)	1.08 (0.58-5.26)	0.68 (0.42-1.05)	**0.047**
Tedavi öncesi BDNF (pg/mg Cr)	219.33 (88.73-752.38)	97.8 (60.4-149.93)	**0.022**
İşeme sıklığı (günlük)	9 (8.25-11.5)	8 (7-11)	0.289
Günlük inkontinans epizodu	1.5 (1-3)	3 (1.5-5)	0.084
Maksimum işenen hacim (mL)	500 (412.5-587.5)	400 (300-500)	0.055
Minimum işenen hacim (mL)	100 (50-200)	90 (50-100)	0.180
UDI-6 skoru	12 (6.5-14.5)	12 (9.5-14.5)	0.763
Marmara OAB skoru	20 (15.75-23)	19 (13.5-22.5)	0.378
Marmara OAB şiddet skoru	6 (4-9.75)	7 (5-8)	0.910
ICIQ-SF skoru	14 (9.5-16)	12 (8-18)	0.749
Ürodinamik DAA	7 (%58.3)	10 (%47.6)	0.554
Pdetmax (cmH_2O)	6.5 (2.25-21)	8 (2.5-16.5)	0.896
Maks. sistometrik kapasite (mL)	347.5 (253.75-525)	330 (222.5-405)	0.750
Ürodinamik idrar kaçırma	10 (%83.3)	17 (%81)	0.626
Qmax (mL/sn)	21.5 (16-28.75)	19 (13-31.5)	0.990
PVR (mL)	0 (0-20)	0 (0-25)	0.964
Tedavi Sonrası Karşılaştırmalar			
NGF (ng/mg Cr)	1.05 (0.52-3.61)	1.61 (0.72-3.29)	0.626
BDNF (pg/mg Cr)	150.41 (74.91-508.13)	230.55 (102.81-470.99)	0.600
İşeme sıklığı (günlük)	8.5 (6-11.75)	7 (5.5-9.5)	0.192
Günlük inkontinans epizodu	2 (1-5.75)	0 (0-2)	**0.005**
Maksimum işenen hacim (mL)	500 (422.5-500)	350 (300-500)	**0.022**
UDI-6 skoru	11 (6.25-15)	8 (4.5-10.5)	**0.044**
Marmara OAB skoru	18 (12.25-22.5)	13 (7-21.5)	0.154
Marmara OAB şiddet skoru	6 (4.25-8)	5 (3-7.5)	0.130
ICIQ-SF skoru	12 (10-16)	10 (5-16.5)	0.216
Qmax (mL/sn)	20 (13.75-22.75)	17 (12.5-35.5)	0.574

SB-22) İNTRAVEZİKAL KONDROİTİN SÜLFAT TEDAVİSİNİN KRONİK SİSTİT / MESANE AĞRISI SENDROMU SEMPTOMLARI ÜZERİNE ETKİNLİĞİ: TEK MERKEZLİ GÖZLEMSEL ÇALIŞMA

EREN CAN AYDIN(1) BURHAN DEMİR(1) HÜSEYİN TARHAN(1)

1. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Kronik sistit / mesane ağrısı sendromu (IC/BPS); mesanenin glikozaminoglikan (GAG) tabakasındaki epiteliyal bütünlük bozulması ile ilişkilendirilen ve yaşam kalitesini belirgin düzeyde düşüren kompleks bir tablodur. Bu çalışmada, IC/BPS hastalarında koruyucu GAG tabakasını onarmayı hedefleyen intravezikal kondroitin sülfat (KS) tedavisinin; ağrı, semptom şiddeti ve işeme parametreleri üzerindeki etkinliğinin prospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2025- Mart 2026 tarihleri arasında kliniğimizde IC/BPS ön tanısı alan, en az 6 haftadır devam eden mesane ağrısı/basınç hissi ve alt üriner
sistem semptomları bulunan 18 yaş üzeri hastalar çalışmaya dahil edildi. Dışlama kriterlerine (aktif enfeksiyon, mesane tümörü, nörojen mesane vb.) sahip hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalara haftada bir kez olmak üzere 6 seans intravezikal KS (40 mg/50 mL) uygulandı. Değerlendirmeler tedavi öncesinde ve tedaviden 3 ay sonra; O'Leary–Sant İnterstisyel Sistit Semptom İndeksi (ICSI), Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası (NRS), 3 günlük işeme günlüğü ve Hasta Global İyileşme Değerlendirmesi (PGI-I) kullanılarak yapıldı.

BULGULAR

Çalışma, tedavi protokolünü ve takiplerini tamamlayan 54 hasta (Ortalama yaş: 51,2 ± 12,8; %79,6 Kadın) üzerinden analiz edildi. Tedavi öncesi 13,4 ± 3,6 olan ortalama ICSI skoru 3. ayda 10,8 ± 3,9'a ($p=0,006$); 6,3 ± 1,8 olan ortalama ağrı (NRS) skoru ise 4,9 ± 2,1'e ($p=0,014$) geriledi. İşeme günlüklerinde ortalama gündüz işeme sayısı (13,6'dan 12,0'a; $p=0,023$) ve noktüri sıklığı (2,8'den 2,3'e; $p=0,041$) istatistiksel olarak anlamlı düşüş gösterdi. PGI-I anketine göre hastaların toplam %85,2'si tedavi sonrası durumunu "çok daha iyi", "belirgin derecede daha iyi" veya "biraz daha iyi" olarak değerlendirirken, %14,8'inde klinik iyileşme saptanmadı. Başlangıç ICSI skoru yüksek olan hastalarda iyileşmenin daha belirgin olduğu görüldü ($r=-0,38$, $p=0,004$). Hastaların %16,7'sinde (n=9) ek tedavi gerektirmeyen, geçici ve hafif yan etkiler (dizüri, urgency) gözlendi.

SONUÇ

İntravezikal kondroitin sülfat tedavisi; IC/BPS hastalarında semptom şiddetini, mesane ağrısını ve işeme sıklığını azaltmada yüksek güvenlilik profiline sahip, etkili bir tedavi seçeneğidir. Tedavinin uzun dönem etkinliğinin belirlenebilmesi için daha geniş örneklemli ve plasebo kontrollü prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

SB-23) URGE İNKONTİNANSLI AŞIRI AKTİF MESANE HASTALARINDA İNFLAMATUAR VE NUTRİSYONEL İNDEKSLERİN BELİRGİN KLİNİK YANIT İLE İLİŞKİSİ: PROSPEKTİF ÇOK MERKEZLİ KOHORT ÇALIŞMASI ÜROLOJİK CERRAHİ DERNEĞİ, EGE ŞUBESİ ÇALIŞMA GRUBU

EMRE YOLDAS(1) ALİ CAN ALBAZ(2) MUHAMMED SELÇUK ÖZER(3) ANIL EKER(1) AHMET YILMAZ(2) YASİN CEYLAN(1) MUZAFFER DOĞU TAŞDEMİR(4) ÇAĞDAŞ ŞENEL(5) BORA İRER(6)

1. İZMİR ŞEHİR HASTANESİ
2. MANİSA CELÂL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
3. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
4. ÖZEL CAN HASTANESİ
5. BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
6. EŞREFPAŞA DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Aşırı aktif mesane (AAM) ve urge üriner inkontinans, yaşam kalitesini bozan alt üriner sistem yakınmalarıdır. Medikal tedavi yanıtı hastadan hastaya değişir ve erken fayda görecek hastayı tedavi öncesinde öngörmek güçtür. Bu çalışmada, medikal tedavi öncesinde tam kan sayımı ve biyokimyasal parametrelerden kolayca hesaplanan sistemik inflamatuar ve nütrisyonel indekslerin birinci aydaki klinik yanıtla ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık

GEREÇ-YÖNTEM

Prospektif, çok merkezli bu gözlemsel çalışmaya urge üriner inkontinans nedeniyle polikliniğe başvuran 18 yaş üzeri 107 hasta alındı. Tedavi öncesi demografik bilgiler, ICIQ-SF skorları ve son altı aya ait hemogram, albümin ve total bilirubin kaydedilerek SII, SIRI, PIV, PNI, ALBI ve PALBI değerleri hesaplandı. Medikal tedavi başlandı; yanıt, birinci ay ICIQ-SF kontrolü tamamlanan 53 hastada değerlendirildi. ICIQ-SF için evrensel bir klinik anlamlı değişim eşiği bulunmadığından yanıt oransal tanımlandı (%30 dan fazla iyileşme ve %50 den fazla iyileşme). Başlangıç ICIQ-SF 13 ve daha fazla olan hastalar, ICIQ-UI SF sınıflamasında 13–18 puanın şiddetli ve 19–21 puanın çok şiddetli kategoriye karşılık gelmesi nedeniyle şiddetli/çok şiddetli alt grup olarak ele alındı. Her indeks için yaş, cinsiyet, başlangıç ICIQ-SF ve tedavi türüne göre ayarlanan lojistik regresyon modelleri kuruldu

BULGULAR

azaldı, 6 hastada (%11,3) arttı ve 8 hastada (%15,1) değişmedi (Z=-4,617; p<0,001; etki büyüklüğü r=0,63). Hastaların %39,6'sında %30 dan daha fazla, %32,1'inde %50 den daha fazla iyileşme saptandı. İnflamatuar ve nütrisyonel indeksler %30 dan fazla iyileşmeyi öngöremedi. %50 den fazla iyileşmede PNI ve ALBI öne çıktı. Lojistik regresyon analizinde PNI tek değişkenli (OR=1,13; %95 GA 1,01–1,28; p=0,037) ve ayarlı modelde (OR=1,19; %95 GA 1,03–1,37; p=0,020) anlamlıydı. ALBI tek değişkenli analizde anlamlıydı (OR=0,10; %95 GA 0,01–0,84; p=0,034); ayarlı modelde anlamlılık sınırına yakındı (OR=0,11; %95 GA 0,01–1,07; p=0,057). Şiddetli/çok şiddetli alt grupta (n=33) PNI ilişkisini korudu (ayarlı OR=1,27; %95 GA 1,01–1,60; p=0,045). Diğer belirteçler her iki eşikte de bağımsız öngörü sağlamadı

SONUÇ

Hastalar medikal tedaviden birinci ayda belirgin klinik fayda gördü. PNI, %50 den fazla ICIQ-SF iyileşmesini öngörmede bağımsız ve anlamlı nütrisyonel belirteç olarak öne çıkarken ALBI ilişkisi sınırda kaldı. Bu hipotez oluşturucu bulguların, takibi tamamlanmış daha geniş çalışmalarla doğrulanması gereklidir

İndeks	Model	OR (%95 GA)	p değeri
PNI	Tek değişkenli	1,13 (1,01–1,28)	0,037
PNI	Ayarlı model	1,19 (1,03–1,37)	0,020
ALBI	Tek değişkenli	0,10 (0,01–0,84)	0,034
ALBI	Ayarlı model	0,11 (0,01–1,07)	0,057

%50 den fazla ICIQ-SF iyileşmesini öngörmede PNI ve ALBI için lojistik regresyon analizi

SB-24) HUZURSUZ BACAK SENDROMU OLAN HASTALARDA AŞIRI AKTİF MESANE PREVALANSI, ÜROLOJİK CERRAHİ DERNEĞİ, EGE ŞUBESİ ÇALIŞMA GRUBU

ALİ CAN ALBAZ(1) AHMET YILMAZ(1) AYŞEGÜL ŞEYMA SARITAŞ(2) DİLİCAN GÜNEŞ(2) MEHMET OĞUZ ŞAHİN(3) ÜMİT TAHTACI(4) CANDAN GÜLAY AYHAN(5) MUZAFFER DOĞU TAŞDEMİR(6) ALPARSLAN KOCATEPE(7) MUHAMMED SELÇUK ÖZER(8) VOLKAN ŞEN(8) DİDEM ÖZ(9) EMRE YOLDAŞ(10) ANIL EKER(10) YASİN CEYLAN(10) ASLI KÖŞKDERELİOĞLU(11) BORA İRER(12)

1. MANİSA CELÂL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ AD
2. MANİSA CELÂL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD
3. MANİSA ŞEHİR HASTANESİ, ÜROLOJİ
4. MANİSA ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ
5. İZMİR BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ EŞREFPAŞA HASTANESİ, NÖROLOJİ
6. ÖZEL CAN HASTANESİ, ÜROLOJİ
7. ÖZEL CAN HASTANESİ, NÖROLOJİ
8. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ AD
9. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, NÖROLOJİ AD
10. İZMİR ŞEHİR HASTANESİ, ÜROLOJİ
11. İZMİR ŞEHİR HASTANESİ, NÖROLOJİ
12. İZMİR BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ EŞREFPAŞA HASTANESİ, ÜROLOJİ

AMAÇ

Çalışmamızda huzursuz bacak sendromu (HBS) tanılı hastalarda aşırı aktif mesane (AAM) prevalansını belirlemek; HBS şiddeti ile AAM semptom yükü, OAB-V8, ICIQ-SF ve erkek hastalarda benign prostat hiperplazisi (BPH) göstergeleri arasındaki ilişkiyi prospektif olarak değerlendirmek amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Prospektif olarak değerlendirilen 232 HBS hastası çalışmaya dahil edildi. HBS şiddeti, Uluslararası HBS Çalışma Grubu değerlendirme ölçeği toplam skoruna göre hafif-orta, ciddi ve ağır olarak sınıflandırıldı. Klinik anlamlı AAM; açıklayıcı patolojiler dışlandıktan sonra urgency varlığına, buna eşlik eden pollaküri, noktüri ve/veya urgency tipi idrar kaçırma semptomlarından en az birinin bulunmasına göre tanımlandı. OAB-V8 ?8 ve ICIQ-SF >0 destekleyici semptom yükü göstergeleri olarak değerlendirildi. Erkeklerde prostat hacmi, PVR ve Qmax ayrıca analiz edildi. Verilerin analizinde uygun karşılaştırma testleri, Spearman korelasyon ve çok değişkenli lojistik regresyon kullanıldı.

BULGULAR

Hastaların 153'ü kadın (%65,9), 79'u erkekti (%34,1). Klinik AAM pozitifliği 136 hastada (%58,6), OAB-V8 ?8 pozitifliği 155 hastada (%66,8), ICIQ-SF >0 pozitifliği 150 hastada (%64,7) saptandı. HBS şiddetine göre hastalar hafif-orta (n=41), ciddi (n=98) ve ağır (n=93) olarak gruplandırıldı. Gruplar yaş, cinsiyet, BKİ ve HT açısından benzerdi; DM sıklığı HBS şiddeti arttıkça anlamlı olarak yükseldi (p=0,046).

Klinik AAM oranı hafif-orta grupta %22, ciddi grupta %50 ve ağır grupta %83,9 idi (p<0,001; Cramer's V=0,465). OAB-V8 ?8 pozitifliği sırasıyla %29,3, %57,1 ve %93,5; ICIQ-SF >0 pozitifliği ise %29,3, %51,0 ve %94,6 olarak bulundu (p<0,001). Pollaküri (%26,8; %46,9; %76,3), noktüri (%34,1; %53,1; %75,3), urgency (%22; %52; %83,9) ve inkontinans (%26,8; %50; %93,5) oranları HBS şiddetiyle paralel arttı. OAB-V8 skoru hafif-orta, ciddi ve ağır gruplarda sırasıyla 2, 10 ve 26; ICIQ-SF skoru ise 0, 4 ve 12 idi (p<0,001).

Total HBS skoru ile OAB-V8 skoru arasında rho=0,556, ICIQ-SF skoru arasında rho=0,547, PVR ile rho=0,361 düzeyinde pozitif korelasyon saptandı (p<0,001). Çok değişkenli lojistik regresyonda total

HBS skoru; yaş, cinsiyet, BKİ, DM, HT ve sigara için düzeltme sonrası klinik AAM varlığının bağımsız belirleyicisiydi (OR=1,169; %95 GA: 1,111-1,230; p<0,001).

Erkek alt grupta klinik AAM 42/79 hastada (%53,2) saptandı. AAM varlığı olan erkeklerde total HBS skoru 24'den 31,5'e, OAB-V8 skoru 4'den 24'e, ICIQ-SF skoru 0'dan 8'e yükseldi; prostat hacmi 30 cc'den 38 cc'ye, PVR 0 mL'den 59 mL'ye yükselirken Qmax 26,2 mL/sn'den 14,9 mL/sn'ye düştü. Prostat hacmi, PVR ve Qmax modele eklendiğinde de total HBS skoru klinik AAM'yi bağımsız öngördü (OR=1,135; %95 GA: 1,035-1,244; p=0,007).

SONUÇ

HBS hastalarında klinik anlamlı AAM prevalansı yüksektir. HBS şiddeti arttıkça AAM, urgency, inkontinans, OAB-V8 ve ICIQ-SF etkilenimi belirginleşmektedir. Erkeklerde BPH göstergeleri AAM ile ilişkili olsa da HBS-AAM ilişkisi yalnızca prostat ilişkili obstrüksiyonla açıklanmamaktadır.

Tablo 1. HBS şiddetine göre temel klinik özellikler, klinik AAM varlığı ve üriner semptom yükü

Değişken	Hafif-Orta n=41	Ciddi n=98	Ağır n=93	p değeri	Etki büyüklüğü
Yaş	53,0 (47,0-64,0)	54,5 (44,0-61,8)	56,0 (47,0-66,0)	0,212	-
Erkek cinsiyet	15 (%36,6)	36 (%36,7)	28 (%30,1)	0,584	-
BKİ (kg/m²)	26,7 (24,2-29,4)	26,6 (23,5-29,3)	27,9 (24,6-31,2)	0,263	-
DM	4 (%9,8)	21 (%21,4)	27 (%29,0)	0,046	-
HT	10 (%24,4)	32 (%32,7)	37 (%39,8)	0,207	-
Klinik AAM varlığı	9 (%22,0)	49 (%50,0)	78 (%83,9)	<0,001	Cramer's V=0,465
OAB-V8 ≥8	12 (%29,3)	56 (%57,1)	87 (%93,5)	<0,001	Cramer's V=0,509
ICIQ-SF >0	12 (%29,3)	50 (%51,0)	88 (%94,6)	<0,001	Cramer's V=0,537
Pollaküri	11 (%26,8)	46 (%46,9)	71 (%76,3)	<0,001	Cramer's V=0,376
Noktüri	14 (%34,1)	52 (%53,1)	70 (%75,3)	<0,001	Cramer's V=0,308
Urgency	9 (%22,0)	51 (%52,0)	78 (%83,9)	<0,001	Cramer's V=0,460
İnkontinans	11 (%26,8)	49 (%50,0)	87 (%93,5)	<0,001	Cramer's V=0,540
OAB-V8 skoru	2,0 (1,0-8,0)	10,0 (2,0-22,8)	26,0 (20,0-30,0)	<0,001	ε²=0,302
ICIQ-SF skoru	0,0 (0,0-4,0)	4,0 (0,0-10,0)	12,0 (7,0-15,0)	<0,001	ε²=0,277
PVR (mL)	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-64,0)	58,0 (19,0-82,2)	<0,001	ε²=0,120

Tablo 2. Korelasyon ve çok değişkenli regresyon analizleri

Analiz	Sonuç	p değeri
Total HBS skoru – OAB-V8 skoru	rho=0,556	<0,001
Total HBS skoru – ICIQ-SF skoru	rho=0,547	<0,001
Total HBS skoru – PVR	rho=0,361	<0,001
Total HBS skoru – Klinik AAM	OR=1,169; %95 GA: 1,111-1,230	<0,001

Tablo 3. Erkek hastalarda klinik AAM varlığına göre BPH parametreleri

Değişken	AAM yok	AAM var	p değeri
Yaş	51,0 (41,0-61,0)	56,0 (46,0-65,8)	0,090
Total HBS skoru	24,0 (20,0-28,0)	31,5 (26,0-35,5)	<0,001
OAB-V8 skoru	4,0 (2,0-14,0)	24,0 (21,0-28,0)	<0,001
ICIQ-SF skoru	0,0 (0,0-0,0)	8,0 (5,3-13,0)	<0,001
Prostat hacmi (cc)	30,0 (22,0-40,0)	38,0 (27,5-51,8)	0,039
PVR (mL)	0,0 (0,0-54,3)	59,0 (17,0-86,3)	<0,001
Qmax (mL/sn)	26,2 (17,4-32,0)	14,9 (11,1-18,3)	<0,001
Ortalama akım (mL/sn)	13,0 (9,5-18,0)	9,3 (6,3-12,0)	0,004

Tablo 4. Erkek hastalarda klinik AAM varlığını öngören lojistik regresyon modelleri

Model	Total HBS skoru OR	%95 GA	p değeri
Yaş + HBS skoru	1,168	1,071-1,274	<0,001
Yaş + HBS skoru + prostat hacmi	1,167	1,070-1,274	<0,001
Yaş + HBS skoru + PVR	1,155	1,057-1,261	0,001
Yaş + HBS skoru + Qmax	1,132	1,033-1,240	0,008
Yaş + HBS skoru + prostat hacmi + PVR + Qmax	1,135	1,035-1,244	0,007

SB-25) PREOPERATİF MESANE KAPASİTESİ ÖLÇÜMÜNÜN PROGNOSTİK DEĞERİ: TUR-P SONRASI QMAX DEĞİŞİMİYLE İLİŞKİSİNE DAİR PROSPEKTİF BİR ANALİZ

MÜCAHİT ÇAVİŞ(1) ALİ FURKAN CİNBEK(2)

1. ETLİK ŞEHİR HASTANESİ
2. SİNCAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Transüretral rezeksiyon-prostat (TUR-P) uygulanan hastalarda preoperatif mesane kapasitesinin, cerrahi sonrası maksimum idrar akım hızı (Qmax) değişimini öngörme gücünü değerlendirmek.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu prospektif gözlemsel çalışmaya BPH tanısıyla TUR-P uygulanan ardışık hastalar dahil edildi. Toplam 204 hastanın verisi değerlendirildi; mesane kapasitesi, preoperatif ve postoperatif Qmax verilerinin tamamına ulaşılabilen 113 hasta nihai analize alındı. Mesane kapasitesi ultrasonografi ile işeme öncesi mesane volümü ölçülerek değerlendirildi; tüm ölçümler aynı radyoloji uzmanı tarafından L x T x AP x 0,52 formülü kullanılarak üç kez tekrarlanıp ortalaması alındı. Qmax değişimi (delta Qmax = postoperatif Qmax - preoperatif Qmax) hesaplandı; delta Qmax 5 mL/sn veya üzeri olanlar başarı kriteri olarak kabul edildi. Mesane kapasitesinin öngörü performansı ROC analizi ile değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 67,5 +/- 7,3 yıl, ortalama mesane kapasitesi 284,7 +/- 165,5 mL idi. Preoperatif Qmax 9,3 +/- 3,6 mL/sn iken postoperatif üçüncü ayda 16,1 +/- 6,4 mL/sn'ye yükseldi ($p < 0,001$). Mesane kapasitesi ile delta Qmax arasında sürekli değişken olarak anlamlı bir doğrusal (Pearson) korelasyon saptanmadı ($r = 0,110$, $p = 0,246$); Spearman sıra korelasyonunda ise zayıf ama anlamlı pozitif bir ilişki gözlendi ($p= 0,190$, $p = 0,044$). ROC analizinde AUC = 0,651 (%95 Güven Aralığı: 0,547-0,753) olarak bulundu; optimal cut-off değeri 158 mL olarak belirlendi (sensitivite: %81,2; spesifisite: %42,9), yüksek mesane kapasitesi değerleri başarılı sonucu öngörmekteydi. Mesane kapasitesi 158 mL'nin altında olan hastalarda delta Qmax 4,62 +/- 6,53 mL/sn, 158 mL ve üzerinde olanlarda ise 7,59 +/- 7,34 mL/sn olarak saptandı; bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p = 0,048$).

SONUÇ

Preoperatif mesane kapasitesinin düşük değil, yüksek olması, TUR-P sonrası işeme fonksiyonlarındaki iyileşmenin derecesini öngörmede istatistiksel olarak anlamlı bir parametredir. Bu bulgu, düşük mesane kapasitesine sahip hastalarda kronik obstrüksiyona bağlı detrüsör hasarının daha ileri düzeyde olabileceğini ve bunun cerrahi sonrası fonksiyonel kazanımı sınırlayabileceğini düşündürmektedir. Prospektif verilerimiz, preoperatif dönemde mesane kapasitesi göreceli olarak korunmuş hastaların cerrahi sonrasında daha belirgin bir fonksiyonel kazanım elde etme eğiliminde olduğunu göstermektedir. Mesane kapasitesi, basit ve non-invaziv ölçülebilen bu özelliğiyle, preoperatif değerlendirmede ve hasta beklenti yönetiminde yardımcı bir parametre olarak kullanılabilir.

SB-26) ÜRODİNAMİK İNCELEME YAPILAN KADINLARDA KOİTAL ÜRİNER İNKONTİNANSIN KLİNİK, CİNSEL FONKSİYON VE ÜRODİNAMİK ÖZELLİKLERİ: TEK MERKEZLİ KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

BURCU HANCI SEVİNÇ(1) AHMET HALİL SEVİNÇ(1) FATİH TARHAN(1)

1. KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Koital üriner inkontinans (KÜİ), kadınlarda yaşam kalitesini ve cinsel fonksiyonları olumsuz etkileyen önemli bir semptomdur. Bununla birlikte, KÜİ ile ilişkili klinik ve ürodinamik özellikler tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu çalışmada, ürodinamik inceleme yapılan kadınlarda KÜİ ile klinik özellikler, cinsel fonksiyon ve ürodinamik bulgular arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu tek merkezli kesitsel çalışmada, ürodinamik inceleme yapılan 522 kadın hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar koital üriner inkontinans varlığına göre iki gruba ayrıldı. Demografik özellikler, vücut kitle indeksi (VKİ), sigara kullanımı, doğum sayısı, menopoz durumu, Charlson Komorbidite İndeksi (CCI), geçirilmiş pelvik ve antiinkontinans cerrahisi öyküsü, 1 saatlik ped testi, Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi (FSFI) toplam ve alt alan skorları ile ürodinamik bulgular karşılaştırıldı. Sürekli değişkenler Mann–Whitney U testi, kategorik değişkenler ise ki-kare veya Fisher kesin testi ile analiz edildi. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Toplam 522 hastanın 246'sında (%47,1) koital üriner inkontinans saptandı. KÜİ (+) grubunda VKİ ($p=0,006$), doğum sayısı ($p=0,044$) ve 1 saatlik ped testi sonucu ($p<0,001$) anlamlı olarak daha yüksekti. Geçirilmiş pelvik cerrahi ($p=0,015$) ve antiinkontinans cerrahisi öyküsü ($p<0,001$) KÜİ (+) grubunda daha sıktı. Toplam FSFI skoru ile istek, uyarılma, kayganlık, orgazm, memnuniyet ve ağrı alt alanlarının tamamı KÜİ (+) grubunda anlamlı olarak daha düşüktü (tümü $p<0,001$). Yaş, sigara kullanımı, menopoz durumu, CCI ile detrüsor aşırı aktivitesi, ürodinamik stres tip idrar kaçırma ve karışık tip idrar kaçırma bulguları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.

SONUÇ

Koital üriner inkontinans; daha yüksek VKİ, daha fazla doğum, daha şiddetli üriner inkontinans, geçirilmiş pelvik ve antiinkontinans cerrahisi öyküsü ile bozulmuş cinsel fonksiyonla ilişkili bulundu. Buna karşın koital üriner inkontinans ile komorbidite yükü veya ürodinami depolama fazı bulguları arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bu bulgular, koital üriner inkontinansın değerlendirilmesinde yalnızca ürodinamik incelemeye odaklanmanın yeterli olmadığını, klinik özellikler ve cinsel fonksiyonun birlikte değerlendirilmesinin önemli olduğunu düşündürmektedir.

Değişken	KÜİ (-) (n=275)	KÜİ (+) (n=247)	P
Yaş (yıl), ortalama ± SS	47,6 ± 10,1	48,8 ± 9,1	0,164
Vücut kitle indeksi (kg/m²), medyan (IQR)	29,3 (25,7–33,3)	30,5 (26,6–35,2)	0,006
Doğum sayısı, medyan (IQR)	3 (2–4)	3 (2–4)	0,044
Menopoz, n (%)	123 (44,7)	108 (43,7)	0,818
1-saat ped testi (g), medyan (IQR)	9,5 (1,0–28,0)	22,0 (10,0–44,0)	<0,001
Sigara kullanımı, n (%)	61 (22,2)	66 (26,7)	0,228
Charlson Komorbidite İndeksi, medyan (IQR)	0 (0–1)	0 (0–1)	0,985
Geçirilmiş pelvik/jinekolojik cerrahi, n (%)	58 (21,1)	75 (30,4)	0,015
Geçirilmiş antiinkontinans cerrahisi, n (%)	13 (4,7)	39 (15,8)	<0,001
Geçirilmiş POP cerrahisi, n (%)	11 (4,0)	15 (6,1)	0,277

Koital Üriner İnkontinansı Olan ve Olmayan Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

SB-27) MYELİN OLİGODENDROSİT GLİKOPROTEİN ANTİKOR İLİŞKİLİ LONGİTUDİNAL YAYGIN TRANSVERS MİYELİTE BAĞLI GELİŞEN AKONTRAKTİL MESANE: ÜRODİNAMİK BULGULAR İLE BİR OLGU SUNUMU

KAAN EMRE YILMAZ(1) İSMAİL EMRE ERGİN(1) ESAT KORĞALI(1) FURKAN FATİH ARISOY(1) İBRAHİM KARACA(1) HÜSEYİN SOSA(1)

1. SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Myelin oligodendrosit glikoprotein antikor ilişkili hastalık (MOGAD), longitudinal ekstensif transvers miyelit başta olmak üzere çeşitli demiyelinizan santral sinir sistemi tutulumları ile seyreden inflamatuvar bir hastalıktır. Spinal kord tutulumu sonucunda alt üriner sistem disfonksiyonları gelişebilmekle birlikte akontraktil mesane nadir bildirilen bir tablodur. Bu çalışmada MOGAD ilişkili longitudinal ekstensif transvers miyelit sonrası gelişen akontraktil mesane olgusunun klinik seyri ve ürodinamik bulgularının sunulması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Sol alt ekstremite güçsüzlüğü ile başvuran 51 yaşındaki kadın hastada spinal manyetik rezonans görüntülemede servikal ve torakal spinal kord boyunca longitudinal ekstensif tutulum saptandı. MOG-IgG pozitifliği gösterilerek MOGAD tanısı konuldu. Hastaya yüksek doz intravenöz metilprednizolon, plazmaferez ve rituksimab tedavileri uygulandı. Takip sırasında gelişen üriner retansiyon nedeniyle ürolojik değerlendirme yapıldı. Ürodinamik inceleme, ultrasonografi, üroflowmetri ve temiz aralıklı kateterizasyon sonrası takip bulguları değerlendirildi.

BULGULAR

Hastanede yatışı sırasında serum kreatinin düzeyinin 1,52 mg/dL'ye yükselmesi üzerine yapılan incelemelerde bilateral hidronefroz ve üriner retansiyon saptandı. Foley kateterizasyon sonrası yaklaşık 700 mL idrar drenajı sağlandı. Persistan retansiyon nedeniyle gerçekleştirilen ürodinamik incelemede maksimum sistometrik kapasite yaklaşık 560 mL, korunmuş mesane uyumu, detrusor aşırı aktivitesi olmaması ve işeme fazında detrusor kontraksiyonunun izlenmemesi tespit edildi. İşeme sonrası rezidü hacmi 538 mL olarak ölçüldü ve bulgular akontraktil mesane ile uyumlu bulundu. Hastaya temiz aralıklı kateterizasyon başlandı. Bir aylık takipte idrar hissinin kısmen geri döndüğü ve spontan işemenin yeniden başladığı gözlendi. Kontrol üroflowmetride işenen hacim 308 mL, maksimum akım hızı 34 mL/sn, ilk postmiksiyonel rezidü 518 mL ve çift işeme sonrası rezidü 224 mL olarak ölçüldü. Buna rağmen kateterizasyon hacimlerinin 500–600 mL düzeyinde seyretmesi nedeniyle anlamlı rezidü idrar varlığının devam ettiği izlendi.

SONUÇ

MOGAD ilişkili longitudinal ekstensif transvers miyelit olgularında nörojenik mesane ve akontraktil mesane gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Erken ürolojik değerlendirme ve ürodinamik inceleme ile tanı konulması, uygun mesane drenajının sağlanması ve üst üriner sistem fonksiyonlarının korunması açısından önem taşımaktadır. Ayrıca immünsupresif tedavi ve düzenli mesane boşaltımı sonrasında spontan işeme fonksiyonlarında kısmi iyileşme görülebilmekle birlikte, yüksek postmiksiyonel rezidü varlığının devam edebileceği göz önünde bulundurularak yakın takip sürdürülmelidir.

SB-28) AŞIRI AKTİF MESANE HASTALARINDA TRANSKÜTANÖZ TİBİAL SİNİR STİMÜLASYONUNUN KISA VE UZUN DÖNEM SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

MERTCAN DAMA(1) RASİM AŞIK(1) TURGAY TURAN(1)

1. İZMİR DEMOKRASİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Aşırı aktif mesane (AAM); sıkışma, sık idrara çıkma ve noktüri ile seyreden, hastaların yaşam kalitesini ciddi şekilde bozan yaygın bir sendromdur. Transkütanöz tibial sinir stimülasyonu (TTNS), aşırı mesane aktivitesini baskılayan minimal invaziv ve yan etkisiz bir periferik nöromodülasyon yöntemidir. Bu çalışmanın amacı, idiyopatik AAM tanılı hastalarda standart medikal tedaviye ek olarak uygulanan TTNS işleminin kısa (3-6 ay) ve uzun dönem (1 yıl) klinik etkinlik ile yaşam kalitesi üzerindeki sonuçlarını değerlendirmektir

GEREÇ-YÖNTEM

Prospektif olarak planlanan bu analize, polikliniğimize sık idrara çıkma, sıkışma, noktüri ve/veya idrar kaçırma şikayetleri ile başvuran ve AAM tanısı konulan 104 hasta (48 kadın, 56 erkek) dahil edilmiştir. Standart medikal tedavi alan hastalara, tedavi değişikliği yapılmaksızın bir fizyoterapist eşliğinde TTNS uygulanmıştır. İşlem, tibial sinir trasesi boyunca yerleştirilen elektrotlar aracılığıyla, 10 Hz frekans ve 200 µs atım genişliğinde, haftada 2 seans olmak üzere ardışık 6 hafta (toplam 12 seans) boyunca 30 dakikalık periyotlarla gerçekleştirilmiştir. Uygulama yoğunluğu, ağrı oluşturmadan sadece akımın net algılandığı eşiğin hemen üzerinde tutulmuştur. Hastalar işlem öncesinde, kısa dönemde (3. ve 6. aylar) ve uzun dönemde (1. yıl) Aşırı Aktif Mesane Skoru (AAM-V8), üç günlük işeme günlüğü (işeme sıklığı ve inkontinans), IIQ-7 ve Kısa Form-12 (SF-12) / ICIQ-SF yaşam kalitesi indeksleri ile değerlendirilmiştir.

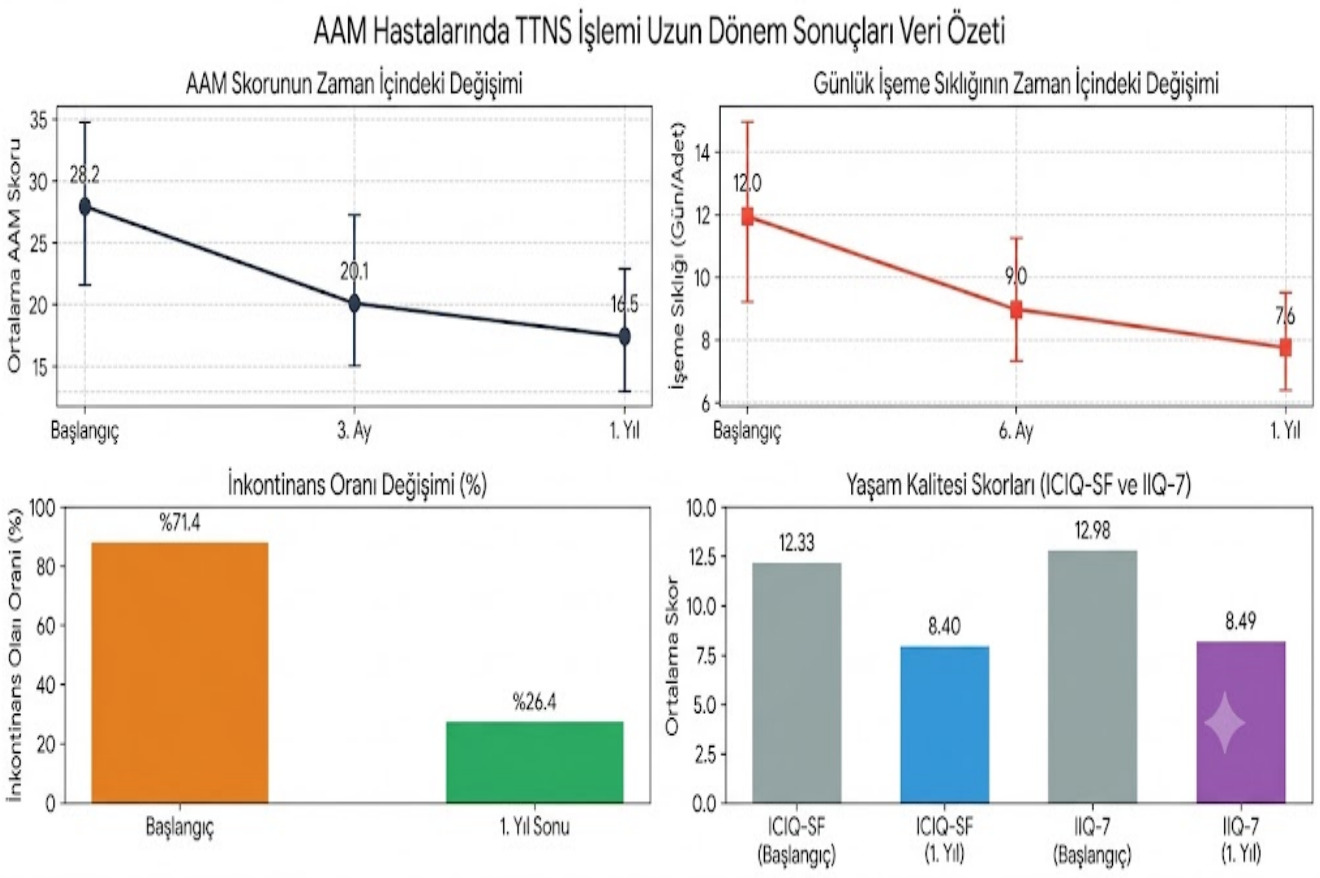
BULGULAR

Çalışmayı tamamlayan 104 hastanın yaş ortalaması 46.3 ± 12.9 yıl, vücut kitle indeksi (VKİ) ise 26.4 ± 4.3 kg/m² olarak hesaplanmıştır. İşlem öncesi ortalama AAM semptom skoru 28.21 iken, kısa dönem takiplerde (3. ay) 20.15'e ve uzun dönemde (1. yıl) 16.50'ye gerileyerek istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı bir progresif iyileşme saptanmıştır ($p<0.001$). Başlangıçta 12.03 ± 2.78 olan günlük işeme sıklığı, 6. ayda 8.99'a, birinci yılın sonunda ise 7.58 ± 1.92'ye düşerek kalıcı bir fizyolojik düzelme sağlamıştır ($p<0.001$).

İşlem öncesi %71.4 olan üriner inkontinans oranı, 1. yılın sonunda %26.4'e gerilemiştir ($p<0.001$). Benzer şekilde hastaların subjektif yaşam konforunu yansıtan IIQ-7 ve ICIQ-SF skorlarında 1. yıl sonunda başlangıca göre istatistiksel olarak belirgin bir düşüş kaydedilmiş (sırasıyla 12.98'den 8.49'a ve 12.33'ten 8.40'a, $p<0.001$), tedavi bitiminde tüm klinik semptomlarda saptanan azalmanın uzun dönemde korunduğu görülmüştür. Birinci yılın sonunda genel tedaviden memnuniyet oranı %52.0 olmuştur

SONUÇ

Standart medikal tedaviye ek olarak uygulanan transkütanöz posterior tibial sinir stimülasyonu, aşırı aktif mesane tedavisinde hem semptomlar hem de yaşam kalitesi üzerinde oldukça etkilidir. Kısa dönemde elde edilen majör klinik iyileşmeler (özellikle işeme sıklığı ve inkontinans ataklarındaki düşüşler), 1. yıllık uzun dönem takipte de kalıcılığını sürdürmüştür. Minimal invaziv bir seçenek olan TTNS, dirençli AAM hastalarında güvenilir ve sürdürülebilir bir tedavi modeli sunmaktadır


AAM Hastalarında TTNS İşlemi Uzun Dönem Sonuçları Veri Özeti
AAM Skorunun Zaman İçindeki Değişimi
Ortalama AAM Skoru
35
30
25
20
15
28.2
20.1
16.5
Başlangıç
3. Ay
1. Yıl
Günlük İşeme Sıklığının Zaman İçindeki Değişimi
İşeme Sıklığı (Gün/Adet)
14
12
10
8
6
12.0
9.0
7.6
Başlangıç
6. Ay
1. Yıl
İnkontinans Oranı Değişimi (%)
İnkontinans Olanı Oranı (%)
100
80
60
40
20
0
%71.4
%26.4
Başlangıç
1. Yıl Sonu
Yaşam Kalitesi Skorları (ICIQ-SF ve IIQ-7)
Ortalama Skor
10.0
12.5
10.0
7.5
5.0
2.5
0.0
12.33
8.40
12.98
8.49
ICIQ-SF (Başlangıç)
ICIQ-SF (1. Yıl)
IIQ-7 (Başlangıç)
IIQ-7 (1. Yıl)

SB-29) PELVİK ANATOMİK VARYASYONLARIN SAKRAL NÖROMODÜLASYON SONUÇLARI ÜZERİNE ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

AHMET ÖZGÜR GÜÇTAŞ(1) TÜRKER ALTUNTAŞ(2) KAAN DERİCİ(3) ONUR CAN OZKAN(3) ÇAĞRİ AKİN ŞEKERCİ(3) TUFAN TARCAN(3)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL, TÜRKİYE
2. DOĞANŞEHİR ŞEHİT ESRA KÖSE BAŞARAN DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, MALATYA, TÜRKİYE
3. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL, TÜRKİYE

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, sakral nöromodülasyon (SNM) uygulanan hastalarda pelvik anatomik varyasyonların tedavi başarısı ve fonksiyonel sonuçlar üzerindeki etkisini araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif çalışmaya, 2020-2024 yılları arasında non-obstruktif üriner retansiyon veya az çalışan detrusor tanılarına sahip SNM uygulanan hastalar dahil edildi. Çalışma kalıcı elektrod yerleştirildikten sonra en az 12 aylık takip süreci mevcut olan hastalarla tasarlandı. Hastalar pelvik anatomik varyasyon varlığı ve tedavi başarısına göre alt gruplara ayrıldı. Demografik özellikler ve ürodinamik parametreler gruplar arasında karşılaştırıldı. Tedavi başarısına Global Yanıt Değerlendirmesi (Global Response Assessment, GRA) ölçeğine göre karar verildi. Bu değerlendirme iki farklı zaman noktasında gerçekleştirildi: Kalıcı implantasyon kararını vermek amacıyla iki haftalık test stimülasyonu döneminin sonunda ve uzun dönem tedavi yanıtını değerlendirmek amacıyla kalıcı implant yerleştirildikten sonraki takiplerinde. GRA skorlamasında +2 (orta derecede iyileşme) veya +3 (belirgin iyileşme) alan hastalar başarılı olarak kabul edildi. SNM prosedürü, S3 tined elektrot yerleştirilmesi ve test stimülasyonunu içeren standart iki aşamalı protokol ile uygulandı. Pelvik BT görüntüleri, anatomik varyasyonların varlığı açısından iki bağımsız gözlemci tarafından değerlendirildi.

BULGULAR

Toplam 28 hasta (%60,7 kadın) çalışmaya dahil edildi. Medyan yaş 43,5 (IQR 34–52,5) yıldı. Pelvik anatomik varyasyonlar 15 hastada (%53,6) saptandı; en sık aksesuar sakroiliak eklem ve iliosakral kompleks izlendi. Pelvik anatomik varyasyonu bulunan hastalarda başlangıç Qmax değeri daha yüksekti (p=0,014). Tedavi sonrası ise yalnızca Qmax değeri varyasyon grubunda daha düşük bulundu (p=0,028). Tedavi başarısı değerlendirildiğinde 13 hastada (%46,4) prosedürden başarılı sonuçlar elde edildiği görüldü. Tedavi başarısına göre yapılan analizde, başarısız grupta tedavi sonrası Qmax değeri istatiksel anlamlı düşük, işeme sonrası artık idrar (PVR) değeri ise anlamlı şekilde yüksek saptandı (sırasıyla p=0,033 ve p=0,032).

SONUÇ

Pelvik anatomik varyasyonlar SNM uygulanan hastalarda sık görülmesine rağmen tedavi başarısını öngören bir faktör olarak bulunmamıştır. Bu bulgular, standart SNM uygulamalarında pelvik anatomik varyasyonların tek başına tedavi kararını etkilememesi gerektiğini düşündürmektedir.

Tablo 1. Pelvik Anatomik Varyasyon Varlığına Göre Alt Grupların Karşılaştırılması

	Varyasyon Var (n=15)	Varyasyon yok (n=13)	p değeri
Yaş	47 (40–53)	34 (30,5–52)	0,204
Semptom süresi (ay)	65 (13–98)	33,5 (17,5–105,25)	0,884
Cinsiyet (Erkek/Kadın)	5/10 (%33,3/%66,7)	6/7 (%46,2/%53,8)	0,488
VKİ (kg/m^2)	24,69 (21,63–27,04)	24,93 (23,14–27,43)	0,668
Hipertansiyon	1 (%6,7)	2 (%15,4)	0,444
Diabetes mellitus	1 (%6,7)	1 (%7,7)	0,722
Nörolojik hastalık	6 (%40)	5 (%38,5)	0,934
SNM öncesi parametreler			
Üroflovmetri – Qmax (mL/sn)	13 (9–13)	5,3 (4–7)	**0,014**
Üroflovmetri – İşenen hacim (mL)	140 (110–210)	98,5 (43,75-153)	0,271
Üroflovmetri – PVR (mL)	395 (106,25–1197,5)	210 (168,25–225,5)	0,773
ÜDS – Maksimum sistometrik kapasite (mL)	502 (297–532)	402 (251–505)	0,609
ÜDS – İlk dolum hissi (mL)	59,5 (34,5–137,25)	181 (124,75–230,5)	0,064
ÜDS –PdetQmax (cmH_2O)	46,5 (22,5–129,75)	19 (9,5–142)	0,699
SNM sonrası parametreler			
Üroflovmetri – Qmax (mL/sn)	10 (2,5–13)	17 (13,75–20,25)	**0,028**
Üroflovmetri – İşenen hacim (mL)	250 (157–377)	295 (258,25–362,5)	0,465
Üroflovmetri – PVR (mL)	170 (10–370)	95 (20–121,25)	0,465

Kısaltmalar: VKİ, Vücut Kitle İndeksi; İS, İnterstisyel Sistit; AAM, Aşırı Aktif Mesane; UAM, Az Aktif Mesane; NOÜR, Non-obstrüktif İdrar Retansiyonu; SNM, Sakral Nöromodülasyon; ÜF, Üroflovmetri; Qmax, Maksimum Akım Hızı; PVR, İşeme Sonrası Rezidü İdrar Hacmi; ÜDS, Ürodinamik Çalışma; BOOI, Mesane Çıkım Obstrüksiyon İndeksi; PdetQmax, Maksimum Akım Hızındaki Detrüsör Basıncı.

Tüm sürekli değişkenler medyan (çeyrekler arası aralık, IQR) olarak, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde [n (%)] olarak sunulmuştur.

SB-30) BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİ OLAN ERKEKLERDE İŞEME ETKİNLİĞİ VE SİSTEMİK İNFLAMATUVAR İNDEKSLERİN CERRAHİ PROGRESYONU ÖNGÖRMEDEKİ DEĞERİ

HASAN BERK ULAŞLI(1) EMRE YOLDAŞ(1) ERTUĞRUL YÜLEK (1) YASİN CEYLAN(1)

1. İZMİR ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Benign prostat hiperplazisinin (BPH) klinik seyri hastalar arasında farklılık göstermekte; medikal tedaviye rağmen bazı hastalarda semptomlarda kötüleşme, akut üriner retansiyon ve cerrahi tedavi gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Yaş, prostat hacmi, PSA, maksimum idrar akım hızı (Qmax) ve postvoid rezidüel idrar hacmi (PVR) progresyonla ilişkili bilinen parametreler arasında yer almaktadır. İşenen hacim ile rezidüel idrarı aynı ölçümde birleştiren işeme etkinliği, mesane boşaltım performansını yansıtan pratik bir göstergedir. Prostat dokusundaki kronik inflamasyonun BPH progresyonuyla ilişkili olduğu ve tam kan sayımından hesaplanan sistemik inflamatuvar indekslerin BPH/LUTS değerlendirmesinde kullanılabileceği bildirilmiştir. Bu çalışmada işeme etkinliği ve sistemik inflamatuvar indekslerin BPH'ye bağlı cerrahi progresyonla ilişkisinin ve ayırt edici performanslarının değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

BPH tanısıyla medikal tedavi altında izlenen 50 erkek hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. İzlemde BPH nedeniyle cerrahi uygulanan hastalar cerrahi progresyon grubu, cerrahi gereksinimi oluşmayanlar kontrol grubu olarak kabul edildi. İşeme etkinliği, "işenen hacim/(işenen hacim+PVR)×100" formülüyle hesaplandı. Nötrofil-lenfosit oranı (NLR), sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII), sistemik inflamasyon yanıt indeksi (SIRI) ve panimmün inflamasyon değeri (PIV) tam kan sayımı verilerinden elde edildi. Klinik, üroflovmetrik ve laboratuvar değişkenleri gruplar arasında karşılaştırıldı; cerrahi progresyonu ayırt etme gücü ROC analiziyle araştırıldı. $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Hastaların 33'üne (%66) cerrahi uygulanırken 17'sinde (%34) cerrahi gereksinimi gelişmedi. Cerrahi progresyon grubunda Qmax daha düşük [8,0 (5,0–11,0) ve 11,7±3,0 mL/sn; p=0,006], PVR daha yüksek [70,0 (20,0–150,0) ve 0,0 (0,0–50,0) mL; p=0,012] ve işeme etkinliği daha düşük bulundu [%67,4 (47,1–90,3) ve %100,0 (78,7–100,0); p=0,014]. Bu grupta SII [686,2 (417,6–1005,4) ve 360,0 (313,7–573,0); p=0,002] ile NLR [2,38 (1,83–4,43) ve 1,55 (1,36–2,41); p=0,011] daha yüksek, lenfosit sayısı ise daha düşüktü (p=0,022). Üriner retansiyon öyküsü cerrahi uygulanan hastalarda daha sıktı (%54,5 ve %17,6; p=0,016). ROC analizinde en yüksek ayırt edici değer SII için elde edildi (AUC=0,768; %95 GA: 0,627–0,891). SII'nin 646,7 kesim değerinde duyarlılığı %60,6, özgüllüğü %88,2 idi. Qmax, NLR, PVR ve işeme etkinliğine ait AUC değerleri sırasıyla 0,741, 0,722, 0,718 ve 0,700 olarak hesaplandı.

SONUÇ

BPH hastalarında azalmış işeme etkinliği ve Qmax ile artmış PVR, SII ve NLR cerrahi progresyonla ilişkili bulundu. En yüksek tek değişkenli ayırt edici performansı SII gösterdi. Rutin değerlendirmelerden kolaylıkla elde edilebilen bu noninvaziv parametrelerin birlikte kullanılması, cerrahi gereksinim açısından riskli hastaların erken belirlenmesine katkı sağlayabilir. Gelecekte daha geniş ve prospektif hasta gruplarında gerçekleştirilecek çok değişkenli analizlerle, bu parametreleri içeren ve BPH hastalarında cerrahiye ilerleme riskini bireysel düzeyde tahmin ederek klinik karar sürecine yön verebilecek nomogramlar geliştirilebilir.

SB-31) KONVANSİYONEL TEDAVİYE DİRENÇLİ KRONİK PELVİK AĞRI SENDROMUNDA (NIH KATEGORİ III) REKTUS ABDOMİNİS VE ADDUKTOR KASLARA KİNEZYO BANTLAMA TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ

MESUT BERKAN DURAN(1) MELTEM GÜNEŞ AKINCI(2)

1. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
2. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

AMAÇ

Bakteriyel olmayan kronik prostatit/kronik pelvik ağrı sendromu (CP/CPPS, NIH Kategori III), konvansiyonel medikal tedavilere sıklıkla direnç gösteren ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen somatik bir klinik tablodur. Bu antitenin patofizyolojisinde pelvik taban nöromüsküler disfonksiyonu ile birlikte ön abdominal duvar ve rektus abdominis ve adduktor kaslardaki miyofasial anormallikler yansıyan ağrı mekanizmalarında rol oynayabilmektedir. Çalışmada, geleneksel tedavilere dirençli abakteriyel CP/CPPS olgularında uyguladığımız rektus abdominis ve adduktor kaslarına kinezyo bantlama (KB) monoterapisinin bazal (tedavi öncesi) ve tedavi sonrası 2. ay takip sonuçlarını karşılaştırarak klinik etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2023 - Ocak 2026 tarihleri arasında en az 6 aydır semptomatik, kültürleri negatif, medikal tedavilere dirençli ve muayenede rektus abdominis veya adduktor kasları alt segmentinde aktif tetik noktası veya kas spazmı saptanarak, haftada iki olmak üzere toplam 16 seans KB uygulanan 21 erkek hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların bazal ve tedavi sonrası 2. ay kontrollerindeki NIH-Kronik Prostatit Semptom İndeksi (NIH-CPSI) toplam ve alt alan (ağrı, üriner, yaşam kalitesi-QoL) skorları karşılaştırmalı olarak analiz edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 21 hastanın ortalama yaşı 44.6 (dağılım: 31-59) ve ortalama semptom süresi 19.4 aydı. Hastaların bazal değerlendirmesindeki anatomik ağrı dağılımı sırasıyla; perineal bölge %61.9 (n=13), testiküler alan %47.6 (n=10), suprapubik bölge %38.0 (n=8), penis/penis ucu %23.8 (n=5), kasık/inguinal bölge %19.0 (n=4), rektal/alt bel bölgesi %14.2 (n=3) ve ejakülasyon sonrası ağrı %33.3 (n=7) olarak saptandı. Medyan NIH-CPSI toplam skoru bazalde 25.8 iken, tedavi sonrası 2. ay kontrolünde 21.6 olarak saptandı (p=0.038). Medyan ağrı alt skoru bazaldeki 11.8 seviyesinden, 2. ayda 9.4'e geriledi (p=0.034). Medyan QoL alt skoru bazalde 8.4 iken, 2. ayda 7.4 olarak hesaplandı (p=0.044). Formun üriner (işeme) alt alanı ile değerlendirilen medyan işeme semptom skoru bazalde 5.6 iken, 2. ay kontrolünde 5.6 olarak saptandı (p=0.920). İkinci ayın sonunda toplam hastaların %14.2'sinde (n=3) NIH-CPSI toplam skorunda klinik olarak anlamlı (>6 puanlık) düşüş saptandı. İkinci ay kontrolünde tam ağrı rezolüsyonu (skor=0) bildiren hasta olmadı. Takiplerde hafif lokal cilt reaksiyonu dışında komplikasyon izlenmedi.

SONUÇ

Takip analizleri, rektus abdominis ve adduktor kaslarına odaklanan KB uygulamasının ağrı ve QoL gibi bazı klinik parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ılımlı bir düzeltme yaptığını göstermektedir. Buna karşın üriner skorlarda anlamlı değişiklik izlenmemesi, bantlamanın mesane çıkım dinamikleri yerine rektus abdominis ve adduktor kasların alt miyotom hatlarındaki yüzeyel mekanoreseptörleri uyararak yansıyan somatosensoriyel yükü hafiflettiği yönündeki görüşleri desteklemektedir. Sonuç olarak; dirençli CP/CPPS olgularında tek başına KB uygulaması, dramatik bir kür sağlamasa da invaziv işlemlerden kaçınan ve medikal tedaviye ek destek arayan hastalar için semptom yükünü hafifletmeye yardımcı, güvenilir bir alternatif model olarak değerlendirilebilir.

SB-32) ANTERİOR VAJİNAL DUVAR PROLAPSUSU İLE BİRLİKTE STRES ÜRİNER İNKONTİNANS TEDAVİSİNDE KELLY PLİKASYONU İLE KOMBİNE EDİLEN TOT VE TVT YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

DENİZ GÜL(1) ÜSAME SEVİLİ(2) RECEP BURAK DEGİRMENTEPE(2) YUSUF ONDER OZSAGIR(1) HACI IBRAHİM CIMEN(2) OSMAN KÖSE(2)

1. SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ
2. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

AMAÇ

Bu çalışmada, anterior vajinal duvar prolapsusu (AVDP) ile birlikte stres üriner inkontinansı (SÜİ) bulunan hastalarda uygulanan transobturator tape (TOT) + Kelly plikasyonu ile tension-free vaginal tape (TVT) + Kelly plikasyonu yöntemlerinin fonksiyonel ve anatomik sonuçlarının karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2020 ile Ocak 2025 tarihleri arasında TOT ve Kelly plikasyonu uygulanan 29 hasta ile TVT ve Kelly plikasyonu uygulanan 22 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Üriner inkontinansın şiddeti Urogenital Distress Inventory-6 (UDI-6) ve Incontinence Impact Questionnaire-7 (IIQ-7) ölçekleri kullanılarak değerlendirildi. Tüm değerlendirmeler ameliyat öncesinde ve postoperatif 12. ayda gerçekleştirildi

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 56,48 ± 10,87 yıl, medyan vücut kitle indeksi (VKİ) ise 28,79 (IQR: 26,33–30,47) kg/m² idi. Toplam hastaların 17'si (%33,3) sigara kullanıcısı, 39'u (%76,5) menopozda ve 43'ünde (%84,3) urgency semptomu mevcuttu. Medyan parite 3 (IQR: 2–4) olarak bulundu. Hastaların 9'unda (%17,6) saf stres üriner inkontinans, 42'sinde (%82,4) mikst üriner inkontinans saptandı. VKİ dışında gruplar arasında yaş, sigara kullanımı, parite, menopoz durumu, urgency varlığı ve inkontinans tipi açısından anlamlı fark bulunmadı (>0,05). VKİ ise TOT grubunda TVT grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,040).

Her iki grupta da ameliyat sonrasında semptomlarda, günlük ped kullanımında, prolapsus derecesinde, UDI-6 ve IIQ-7 skorlarında ameliyat öncesine göre anlamlı düzelme gözlendi (p<0,05). Gruplar arasında postoperatif disparoni oranı, prolapsus derecesi, UDI-6 ve IIQ-7 skorları açısından anlamlı fark bulunmadı. Buna karşın, postoperatif Vizüel Analog Skala (VAS) ağrı skoru, TOT grubunda TVT grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,009).

SONUÇ

Her iki cerrahi yöntemin de birbirine üstün olmadığı gösterildi. Bununla birlikte, TOT grubunda postoperatif ağrı skorlarının daha yüksek olması nedeniyle, Kelly plikasyonu ile kombine TVT, ön vajinal duvar prolapsusunun eşlik ettiği stres üriner inkontinans tedavisinde etkili ve güvenli bir seçenek olarak görünmektedir

-	TOT + Kelly plikasyonu (n=29)	TVT + Kelly plikasyonu (n=22)	p
Günlük ped sayısı (Preop)	4 (3–5)	4 (3–5)	0,497
Günlük ped sayısı (Postop)	0 (0–2)	0 (0–1)	0,612
p	<0,001	<0,001	-
Disparoni (Preop), n (%)	22 (75,9)	15 (68,2)	0,543
Disparoni (Postop), n (%)	10 (34,5)	3 (13,6)	0,091
p	0,002	<0,001	-
VAS skoru (Preop)	4 (3–4)	4 (3–5)	0,308
VAS skoru (Postop)	2 (1–3)	0 (0–1)	0,009
p	<0,001	<0,001	-
POP-Q evresi (Preop)	-	-	0,417
1	0 (0)	0 (0)	-
2	26 (89.7)	21 (95.5)	-
3	3 (10.3)	1 (4.5)	-
4	0 (0)	0 (0)	-
POP-Q evresi (Postop)	-	-	0,601
1	15 (51.7)	13 (59.1)	-
2	14 (48.3)	9 (40.9)	-
3	0 (0)	0 (0)	-
4	0 (0)	0 (0)	-
p	<0,001	<0,001	-
UDI-6 (Preop)	14 (12–15)	13 (12–14)	0,655
UDI-6 (Postop)	4 (3–9)	3 (2–5)	0,085
p	<0,001	<0,001	-
IIQ-7 (Preop)	16 (14–17)	15 (14–16)	0,197
IIQ-7 (Postop)	6 (4–10)	4 (1–6)	0,096
p	<0,001	<0,001	-
UDI-6 değişimi	9 (2–11)	10 (8–11)	0,319
IIQ-7 değişimi	10 (6–12)	10 (9–13)	0,207

Grupların fonksiyonel ve anatomik sonuçlarının karşılaştırılması

SB-33) MEDİKAL TEDAVİYE DİRENÇLİ AŞIRI AKTİF MESANEDE ONABOTULİNUMTOXİNA TEDAVİSİNE YETERSİZ YANITLA İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

İBRAHİM ERKUT AVCI(1) ANIL DAĞIDIR(1) ENGİN TELLİ(1) NACİ BURAK ÇINAR(1) CÜNEYD ÖZKÜRKÇÜGİL(1)

1. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ABD

AMAÇ

Medikal tedaviye dirençli aşırı aktif mesaneli kadınlarda onabotulinumtoxinA (BoNT-A) sonrası yetersiz semptomatik yanıtla ilişkili demografik ve klinik özellikler ile mesane günlüğü, serbest üroflovmetri, dolum sistometrisi ve basınç-akım çalışması bulgularının ilişkisinin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif çalışmaya, 2019–2026 yılları arasında medikal tedaviye dirençli aşırı aktif mesane nedeniyle mesaneye 100 U BoNT-A uygulanan 182 erişkin kadın dahil edildi. Tedavi sonrası memnuniyet Genel Öznel Değerlendirme (GSA), semptom değişimi ise başlangıç ve üçüncü ay Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu-8 (OAB-V8) skorları arasındaki yüzdesel azalma ile değerlendirildi. GSA'ya göre tedaviden memnuniyetle en iyi uyumu gösteren OAB-V8 azalma eşiği ROC analizi ve Youden indeksiyle belirlendi. Hastalar bu eşiğe göre yeterli (iyi) ve yetersiz (kötü) yanıt gruplarına ayrıldı. Tedavi öncesi değişkenlerin yetersiz yanıtla ilişkisi çok değişkenli lojistik regresyonla incelendi.

BULGULAR

Yaş ortalaması 55,7±13,4 yıl, başlangıç OAB-V8 skoru 30,2±5,5 idi. Üçüncü ay OAB-V8 skoru 13,6±8,6'ya geriledi; medyan azalma %63,6 [38,2–75,0] bulundu. GSA'ya göre 112 hasta (%61,5) tedaviden memnundu. Optimal OAB-V8 azalma eşiği %54,4 olup klinik kullanım için ?%55'e yuvarlandı; bu eşikte duyarlılık %91,1, özgüllük %91,4 ve doğruluk %91,2 idi. Buna göre 108 hasta (%59,3) yeterli, 74 hasta (%40,7) yetersiz yanıt gösterdi. BoNT-A sonrası 81 hastada (%44,5) idrar kaçırma yoktu; 62'sinde (%34,1) saf sıkışma tipi, 24'ünde (%13,2) saf stres tipi ve 15'inde (%8,2) karışık tip idrar kaçırma devam etti. Başlangıçta idrar kaçırması bulunanlarda tedaviden memnun olma oranı, BoNT-A sonrası idrar kaçırması olmayanlarda %96,9, yalnızca stres tipi idrar kaçırması devam edenlerde %83,3 ve sıkışma tipi bileşeni devam edenlerde %28,6 idi. Çok değişkenli analizde serbest üroflovmetride işeme sonrası rezidü idrar hacmindeki (PVR) her 10 mL artış (düzeltilmiş olasılık oranı [aOR]=1,24; %95 güven aralığı [GA]: 1,05–1,48; p=0,012), her 10 yıllık yaş artışı (aOR=1,32; %95 GA: 1,01–1,74; p=0,043) ve saf sıkışma tipi idrar kaçırmaya kıyasla aşırı aktif mesane-kuru (AAM-kuru) fenotipi (aOR=5,18; %95 GA: 1,43–18,76; p=0,012) yetersiz yanıtla bağımsız ilişkiliydi. Basınç-akım çalışmasında işenen hacimde her 50 mL artış yetersiz yanıt olasılığında azalmayla ilişkiliydi (aOR=0,84; %95 GA: 0,73–0,97; p=0,015; model olabilirlik oranı $?^2$=26,26; p<0,001).

SONUÇ

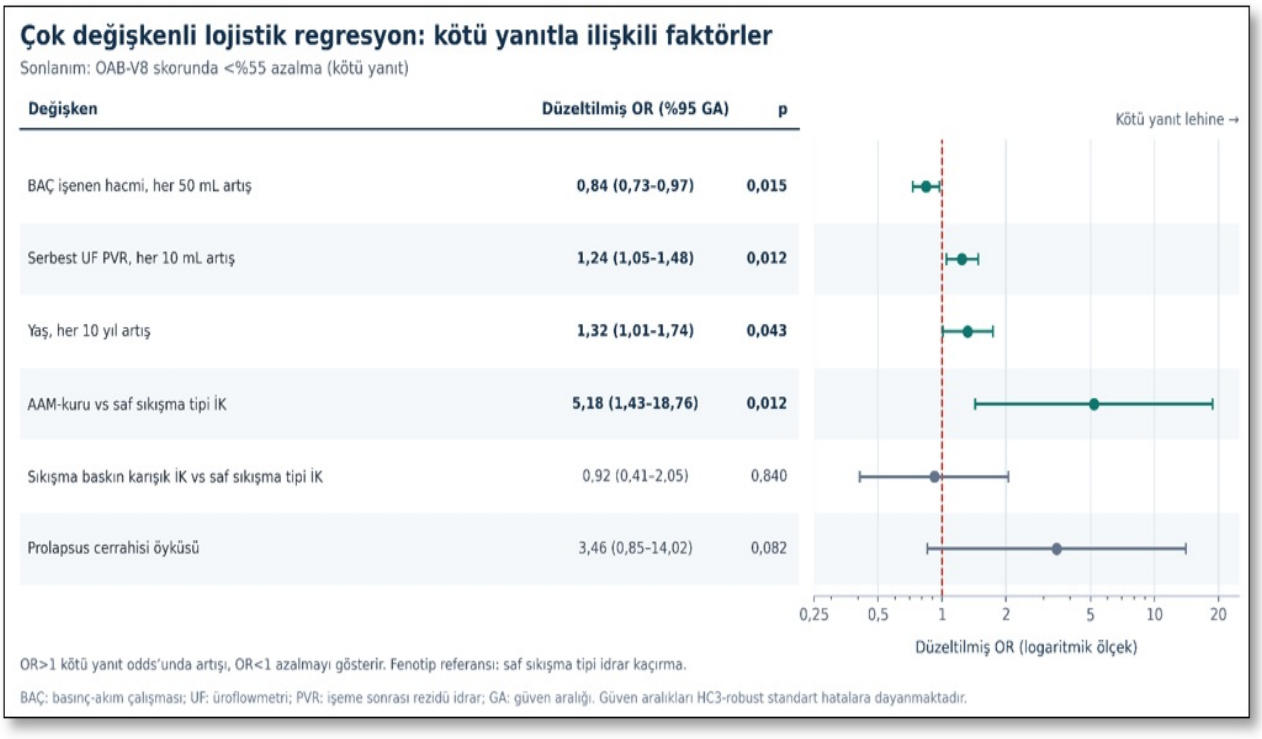
İleri yaş, serbest üroflovmetride yüksek PVR, basınç-akım çalışmasında düşük işenen hacim ve AAM-kuru fenotipi BoNT-A sonrası yetersiz yanıtla ilişkili bulunurken, tedavi sonrasında sıkışma tipi idrar kaçırmanın ortadan kalkması hasta memnuniyetiyle güçlü biçimde ilişkiliydi.

Değişken	Yetersiz yanıt <%55 (n=74)	İyi yanıt ?%55 (n=108)	p
Demografik özellikler	-	-	-
Yaş, yıl, ortalama ± SS	57,9 ± 12,60	54,3 ± 13,77	0,076a
VKİ, kg/m², ortalama ± SS	30,5 ± 4,51	29,8 ± 5,40	0,336a
Toplam doğum sayısı, ortanca [ÇAA]	3,0 [2,0–4,0]	2,0 [1,5–3,0]	0,005b
Vajinal doğum sayısı, ortanca [ÇAA]	3,0 [2,0–4,0]	2,0 [1,3–3,0]	0,076b
Sezaryen doğum sayısı, ortanca [ÇAA]	0,0 [0,0–1,0]	0,0 [0,0–0,0]	0,029b
Postmenopozal durum, n (%)	58 (78,4)	81 (75,0)	0,598c
Klinik özellikler	-	-	-
Aktif sigara kullanımı, n (%)	10 (13,5)	10 (9,3)	0,367c
Diabetes mellitus, n (%)	27 (36,5)	35 (32,4)	0,568c
Hipertansiyon, n (%)	24 (32,4)	28 (25,9)	0,340c
Kronik böbrek hastalığı, n (%)	5 (6,8)	5 (4,6)	0,531d
Koroner arter hastalığı, n (%)	4 (5,4)	3 (2,8)	0,445d
Jinekolojik pelvik cerrahi öyküsü, n (%)	15 (20,3)	19 (17,6)	0,649c
Anti-inkontinans cerrahisi öyküsü, n (%)	1 (1,4)	6 (5,6)	0,244d
Prolapsus cerrahisi öyküsü, n (%)	7 (9,5)	4 (3,7)	0,125d
Sistosel varlığı (POP-Q Evre1-2)	13 (17,6)	20 (18,5)	0,870c
Semptom süresi, yıl, ortanca [ÇAA]	8,0 [3,0–13,0]	7,0 [4,0–11,0]	0,991b
BoNT öncesi tedaviler	-	-	0,793c
Yalnızca antikolinerjik tedavi, n (%)	40 (54,1)	55 (50,9)	-
Yalnızca ß3 agonist tedavi, n (%)	7 (9,5)	7 (6,5)	-
Antikolinerjik ve ß3 agonist farklı zamanlı kullanım, n (%)	20 (27,0)	35 (32,4)	-
Antikolinerjik ve ß3 agonist kombine kullanım, n (%)	7 (9,5)	11 (10,2)	-
Klinik fenotip	-	-	0,163?
Aşırı aktif mesane – kuru, n (%)	10 (13,5)	6 (5,6)	0,063c
Aşırı aktif mesane – ıslak, n (%)	64 (86,5)	102 (94,4)	-
Saf sıkışma tip idrar kaçırma, n (%)	44 (59,5)	67 (62,0)	0,726c
Sıkışma baskın karışık tip idrar kaçırma, n (%)	20 (27,0)	35 (32,4)	0,438c
Mesane günlüğü	-	-	-
24 saat toplam işeme sıklığı, ortanca [ÇAA]	13,0 [10,8–16,0]	12,0 [9,0–14,0]	0,027b
Gündüz, ortanca [ÇAA]	10,0 [8,0–12,0]	9,0 [8,0–11,0]	0,133b
Gece (noktüri), ortanca [ÇAA]	3,0 [2,0–4,0]	2,0 [1,0–3,0]	0,009b
Ortalama işenen hacim, mL, ortanca [ÇAA]	180,0 [130,0–212,5]	195,0 [150,0–250,0]	0,096b
Fonksiyonel mesane kapasitesi, mL, ortanca [ÇAA]	235,0 [180,0–312,5]	270,0 [200,0–380,0]	0,050b
Nokturnal poliüri, n (%)	23 (31,1)	23 (21,3)	0,136c
Serbest üroflowmetri	-	-	-
Qmax, mL/sn, ortanca [ÇAA]	18,0 [14,0–23,0]	19,0 [14,5–24,0]	0,277b
İşenen hacim, mL, ortanca [ÇAA]	200,0 [150,0–280,0]	222,5 [160,0–270,0]	0,459b
Rezidüel hacim, mL, ortanca [ÇAA]	20,0 [0,0–40,0]	15,0 [0,0–30,0]	0,023b
Mesane boşaltım etkinliği, ortanca [ÇAA]	88,9 [85,0–100,0]	93,8 [87,1–100,0]	0,030b
Sistometri	-	-	-
Sistometrik kapasite, mL, ortanca [ÇAA]	230,0 [150,0–270,0]	260,0 [170,0–375,0]	0,016b
Mesane uyumu, mL/cmH²O, ortanca [ÇAA]	56,0 [50,5–67,0]	56,2 [50,0–73,2]	0,728b
Detrüsor aşırı aktivitesi, n (%)	65 (87,8)	90 (83,3)	0,401c

Değişken	Yetersiz yanıt <%55 (n=74)	İyi yanıt ?%55 (n=108)	p
DAA'nın gerçekleştiği mesane hacmi, mL, ortanca [ÇAA]	210,0 [110,0–250,0]	210,0 [110,0–290,0]	0,494b
DAA basıncı, cmH²O, ortanca [ÇAA]	32,0 [24,0–45,0]	33,0 [23,8–48,8]	0,849b
Basınç-akım çalışması	-	-	-
Qmax, mL/sn, ortanca [ÇAA]	9,5 [6,0–15,0]	13,0 [7,0–17,0]	0,022b
PdetQmax, cmH²O, ortalama ± SS	23,6 ± 5,17	22,4 ± 5,45	0,150a
İşenen hacim, mL, ortanca [ÇAA]	190,0 [100,0–240,0]	210,0 [140,0–300,0]	0,008b
Rezidüel hacim, mL, ortanca [ÇAA]	30,0 [10,0–60,0]	20,0 [10,0–50,0]	0,059b
Mesane kontraktilite indeksi, ortalama ± SS	76,5 ± 26,3	86,4 ± 30,2	0,024a
İzovolumetrik Basınç (PIP1), cmH²O , ortalama ± SS	34,2 ± 6,13	35,2 ± 7,20	0,296a
Mesane boşaltım etkinliği, ortanca [ÇAA]	84,9 [70,0–92,9]	91,3 [77,6–96,4]	0,007b
Semptom skorları ve tedavi yanıtları	-	-	-
OAB-V8	-	-	-
BoNT öncesi skor, ortalama ± SS	30,4 ± 5,63	30,1 ± 5,49	0,758a
BoNT sonrası skor, ortalama ± SS	21,8 ± 7,13	7,9 ± 3,25	<0,001a
Skor azalma miktarı, ortanca [ÇAA]	9,0 [4,0–12,0]	21,5 [19,3–26,0]	<0,001b
Skor azalma yüzdesi, ortanca [ÇAA]	29,0 [15,9–45,8]	73,4 [68,0–81,4]	<0,001b
ICIQ-SF	-	-	-
BoNT öncesi skor, ortanca [ÇAA]	17,0 [14,0–19,0]	16,0 [14,0–19,0]	0,703b
BoNT sonrası skor, ortanca [ÇAA]	10,5 [8,0–15,0]	0,0 [0,0–6,8]	0,001b
İdrar yolu enfeksiyonu, n (%)	3 (4,1)	5 (4,6)	1,000d
İdrar retansiyonu / TAK gereksinimi, n (%)	2 (2,7)	1 (0,9)	0,567d
AAM: aşırı aktif mesane; BoNT-A: onabotulinumtoxinA; ÇAA: çeyrekler arası aralık; DAA: detrüsor aşırı aktivitesi; ICIQ-SF: International Consultation on Incontinence Questionnaire–Short Form; MKİ: mesane kontraktilite indeksi; OAB-V8: Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu-8; PdetQmax: maksimum akım hızındaki detrüsor basıncı; PIP1: projekte izovolümetrik basınç; POP-Q: Pelvik Organ Prolapsusu Ölçüm Sistemi; PVR: işeme sonrası rezidü idrar hacmi; Qmax: maksimum idrar akım hızı; SS: standart sapma; TAK: temiz aralıklı kateterizasyon; VKİ: vücut kitle indeksi. ? Bağımsız örneklem t testi; ? Mann–Whitney U testi; ? Pearson ki-kare testi; ? Fisher kesin testi.	-	-	-

OnabotulinumtoxinA sonrası yeterli ve yetersiz yanıt gösteren hastaların demografik, klinik, mesane günlüğü, ürodinamik ve tedavi sonuçlarının karşılaştırılması

Şekil 1. OnabotulinumtoxinA sonrası yetersiz yanıtla ilişkili faktörlerin çok değişkenli lojistik regresyon analizi



SB-34) ANOGENİTAL MESAFE İLE KRONİK PELVİK AĞRI SENDROMU SEMPTOM ŞİDDETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

AHMET CAN KOLU(1) MEHMET ERSOY(1) AYTAÇ ŞAHİN(1) SELÇUK KABA(1)

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Kronik pelvik ağrı sendromunun etiyolojisinde perineal/pelvik taban anatomisinin rolü giderek daha fazla tartışılmaktadır. Anogenital mesafe (AGD), prenatal androjen maruziyeti ve perineal gelişimin antropometrik bir göstergesi olarak kabul edilmektedir [1]. Bu çalışmada, NIH-CPSI formu ile değerlendirilen erkeklerde AGD ölçümleri ile semptom şiddeti arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Tek merkezli kesitsel çalışmada, NIH-CPSI sorgulaması yapılan ve AGD ölçümleri kaydedilen erkek hastaların verileri değerlendirildi. Analizler tam verisi bulunan 55 hasta üzerinde yapıldı.
AGD-1 ve AGD-2 ölçümleri cm cinsinden kaydedildi. NIH-CPSI toplam skoru ve ağrı, üriner semptom ile yaşam kalitesi alt skorları ayrı ayrı değerlendirildi.
Sürekli değişkenler medyan olarak sunuldu. AGD ölçümleri ile NIH-CPSI skorları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. NIH-CPSI toplam skoru <15 ve >15 olan gruplar Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. $p<0,05$ istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

BULGULAR

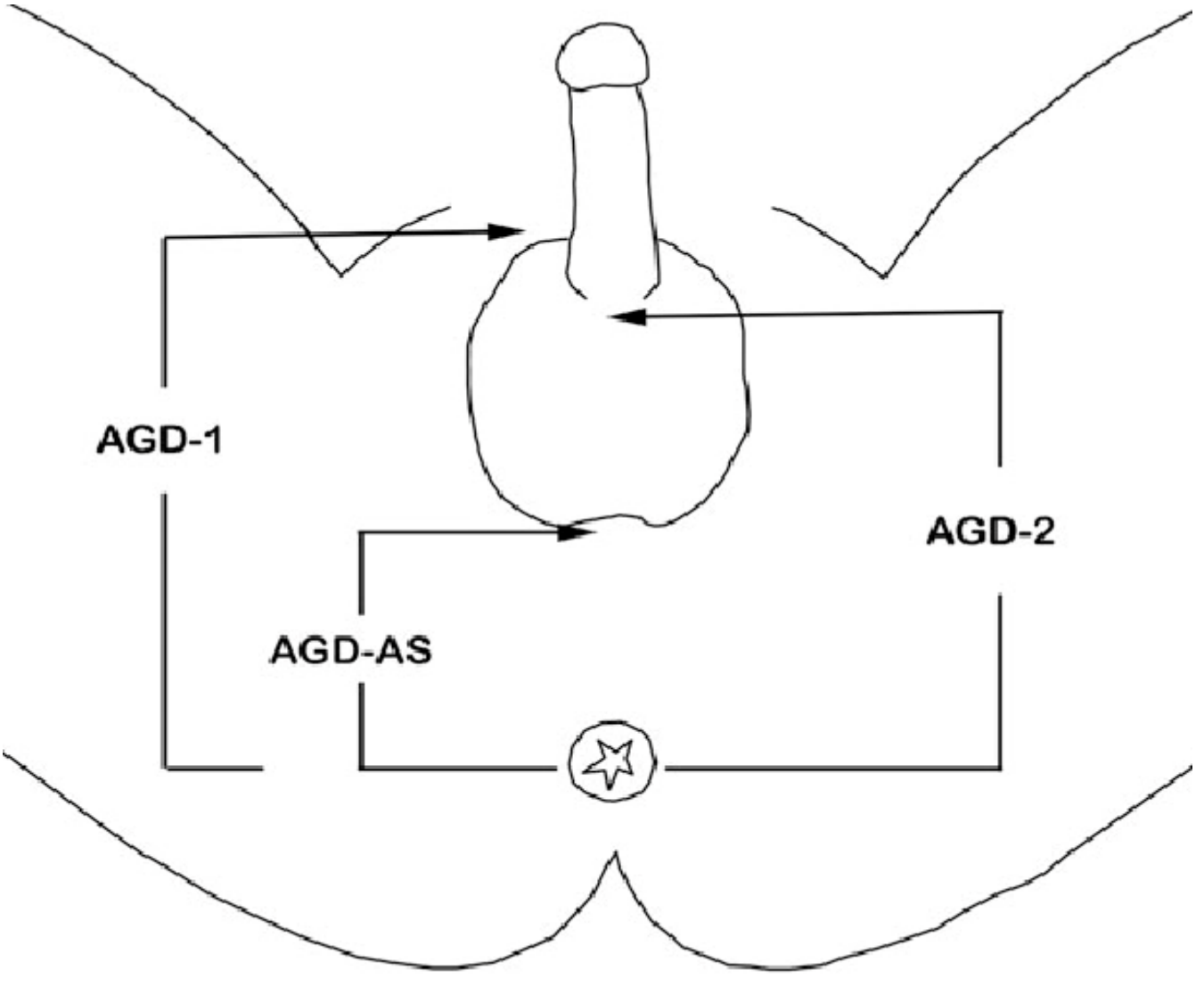
Çalışmaya analiz için uygun 55 hasta dahil edildi. Medyan yaş 67,0 [59,0-71,0] yıl, medyan AGD-1 22,0 [20,0-24,0] cm, medyan AGD-2 20,0 [17,5-22,0] cm ve medyan NIH-CPSI toplam skoru 12,0 [7,0-19,0] idi. NIH-CPSI ağrı, üriner semptom ve yaşam kalitesi alt skorları sırasıyla 4,0 [0,0-8,0], 4,0 [2,5-6,0] ve 4,0 [1,5-6,0] olarak bulundu.
AGD-1 ve AGD-2, NIH-CPSI toplam skoru ile negatif korelasyon gösterdi. Bu ilişki AGD-2 için daha belirgindi. AGD-2 ayrıca ağrı alt skor ve yaşam kalitesi alt skoru ile de anlamlı negatif korelasyon gösterdi. NIH-CPSI toplam skoru >15 olan hastalarda AGD-1 ve AGD-2 ölçümleri, NIH-CPSI toplam skoru <15 olan hastalara göre anlamlı olarak daha kısa bulundu.

SONUÇ

Bu çalışmada daha kısa AGD ölçümleri, NIH-CPSI ile değerlendirilen semptom yükünün artışıyla ilişkili bulundu. Özellikle AGD-2 ölçümü, NIH-CPSI toplam skoru, ağrı alt skoru ve yaşam kalitesi alt skoru ile anlamlı negatif korelasyon gösterdi. Bulgular, AGD'nin kronik pelvik ağrı sendromu semptom fenotipini öngörmede yardımcı bir antropometrik belirteç olabileceğini düşündürmektedir. Sonuçların doğrulanması için daha geniş örneklemli, prospektif ve yaş/VKİ gibi olası karıştırıcıların kontrol edildiği çalışmalara ihtiyaç vardır.

Değişken	Tüm grup (n=55)	NIH-CPSI <15 (n=35)	NIH-CPSI ?15 (n=20)	p
Yaş, yıl	67,0 [59,0-71,0]	68,0 [61,0-72,0]	63,0 [48,5-70,0]	0,091
VKİ, kg/m²	27,4 [26,0-30,1]	27,7 [25,9-30,1]	27,0 [26,8-28,0]	0,664
PSA, ng/mL	5,7 [4,3-7,6]	5,7 [4,7-7,6]	5,4 [1,6-8,2]	0,623
Prostat hacmi, mL	67,5 [48,0-81,2]	59,0 [47,0-75,5]	68,0 [67,0-86,0]	0,540
AGD-1, cm	22,0 [20,0-24,0]	23,0 [21,5-26,0]	20,5 [20,0-23,0]	0,012
AGD-2, cm	20,0 [17,5-22,0]	21,0 [19,0-24,0]	18,0 [17,0-20,2]	0,007

NIH-CPSI toplam skoruna göre klinik ve antropometrik özellikler



SB-35) LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI PENTAFECTA BAŞARISINI ÖNGÖREN FAKTÖRLER: TEK MERKEZ DENEYİMİ

MUHAMMET İHSAN ÖZTÜRK(1) MUSA EKİCİ(2) CEMİL AYDIN(2) MUSTAFA SERDAR ÇAĞLAYAN(2) AHMET TAŞÇI(2) MEHMET MURAT BAYKAM(2)

1. ALACA DEVLET HASTANESİ
2. HİTİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Pentafecta; kontinansın korunması, erektil fonksiyonun devamı, negatif cerrahi sınır, biyokimyasal nüks gelişmemesi ve postoperatif komplikasyon görülmemesini içeren kapsamlı bir cerrahi başarı ölçütüdür. Bu çalışmada laparoskopik radikal prostatektomi uygulanan hastalarda pentafecta başarısını etkileyen klinik ve perioperatif faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif tek merkezli çalışmaya lokalize prostat kanseri nedeniyle laparoskopik radikal prostatektomi uygulanan 78 hasta dahil edildi. Pentafecta başarısı; kontinansın korunması, erektil fonksiyonun devamı, negatif cerrahi sınır, postoperatif prostat spesifik antijen düzeyinin <0,2 ng/mL olması ve postoperatif komplikasyon gelişmemesi kriterlerinin tamamının sağlanması olarak tanımlandı. Demografik özellikler, preoperatif ve postoperatif Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi skorları, nörovasküler demet korunma durumu ve diğer klinik değişkenler değerlendirildi. Pentafecta başarısının bağımsız belirleyicileri çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile araştırıldı.

BULGULAR

Yetmiş sekiz hastanın 14'ünde (%17,9) pentafecta başarısı elde edildi. Pentafecta başarısı sağlanan hastalar daha gençti (61,4±5,3 vs. 65,8±6,5 yıl; p=0,019). Bu grupta preoperatif (22,6±4,3 vs. 18,2±5,7; p=0,012) ve postoperatif (16,6±6,1 vs. 8,6±6,0; p=0,002) Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi skorları daha yüksekti. Nörovasküler demet korunması pentafecta grubunda anlamlı olarak daha sık izlendi (%64,3 vs. %17,2; p=0,001). Çok değişkenli analizde yalnızca nörovasküler demet korunması pentafecta başarısının bağımsız belirleyicisi olarak saptandı (OR: 5,618; %95 GA: 1,456–21,675; p=0,012).

SONUÇ

Laparoskopik radikal prostatektomi sonrası pentafecta başarısı sınırlı sayıda hastada elde edilmiştir. Nörovasküler demet korunması, pentafecta başarısının bağımsız belirleyicisi olarak öne çıkmıştır. Uygun hastalarda nörovasküler demet koruyucu cerrahi uygulanması, fonksiyonel ve onkolojik sonuçların birlikte iyileştirilmesine katkı sağlayabilir.

Değişken	OR (%95 GA)	p
Yaş (her 1 yıl)	0,935 (0,837–1,044)	0,231
Preoperatif Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi skoru	1,137 (0,990–1,305)	0,068
Nörovasküler demet korunması	5,618 (1,456–21,675)	0,012

Pentafecta başarısının bağımsız belirleyicileri

SB-36) İNTRAVEZİKAL PROSTATİK PROTRÜZYON İLE İLİŞKİLİ PARAMETRELERİN HOLMİYUM LAZER PROSTAT ENÜKLEASYONU SONRASI AŞIRI AKTİF MESANE SEMPTOMLARINA ETKİSİ

GÖKTUĞ KALENDER(1) SİNHARİB ÇİTGEZ(2) ALPER OKUR(2) BATUHAN KAR(2) KEREM PARLAR(2) KADİR CAN ŞAHİN(3) BÜLENT ÖNAL(2)

1. BEYKOZ DEVLET HASTANESİ
2. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
3. BAYRAMPAŞA DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Benign prostat hiperplazisi (BPH), hem işeme hem de depolama fazına ait alt üriner sistem semptomlarına neden olabilir. Holmiyum lazer prostat enükleasyonu (HoLEP) ile BPH' a bağlı mesane çıkım tıkanıklığının başarılı bir şekilde giderilmesine rağmen, aşırı aktif mesane (AAM) semptomları sıklıkla devam etmektedir. Bununla birlikte, ameliyat sonrası AAM semptomlarındaki iyileşmeyi öngören belirleyiciler henüz yeterince tanımlanmamıştır. Bu çalışmada birincil olarak, intravezikal prostatik protrüzyonundan (IPP) elde edilen hacimsel parametrelerin, HoLEP sonrası AAM semptomlarındaki değişimi ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

İşeme ve depolama fazına ait alt üriner sistem semptomları bulunan, HoLEP planlanan ve preoperatif multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesi yapılmış hastalar prospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Tüm anatomik ölçümler MRG görüntüleri üzerinden gerçekleştirildi. Aksiyel T2 ağırlıklı kesitler 3D Slicer yazılımı (sürüm 5.6.2) kullanılarak segmente edildi ve elde edilen segmentasyonlardan üç boyutlu prostat ile mesane içi prostat protrüzyonu (IPP) hacimleri hesaplandı. Hasta tarafından bildirilen sonuç ölçütleri olan Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS), Aşırı Aktif Mesane Semptom Skoru (OAB-V8) ve Uluslararası İnkontinans Danışma Kurulu İnkontinans Anketi-Kısa Formu (ICIQ-SF) preoperatif dönemde ve ameliyat sonrası 6. ay kontrolünde değerlendirildi. OAB-V8 skorundaki iyileşme, preoperatif ve postoperatif skorlar arasındaki fark olarak tanımlandı. OAB-V8 skorundaki iyileşme ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla tek değişkenli ve çok değişkenli doğrusal regresyon analizleri gerçekleştirildi.

BULGULAR

Toplam 34 hasta çalışmaya dahil edildi. Medyan yaş 67 (62,5–72,0) yıl, medyan prostat hacmi ise 60,5 cm^3 (47,8–85,0) idi. Medyan IPP hacmi 4,60 cm^3 (3,08–8,27), IPP/prostat volümü (IPP/PV) oranı ise %8,42 (5,42–11,77) olarak bulundu. HoLEP sonrasında IPSS [19,5'e karşı 5,5; p<0,001] ve OAB-V8 [15'e karşı 7,5; p<0,001] skorlarında anlamlı düzelme gözlenirken, ICIQ-SF skorlarında anlamlı değişiklik saptanmadı (p=0,715). Çok değişkenli analizde, hem preoperatif OAB-V8 skoru (ß=0,78; %95 GA: 0,54–1,02; p<0,001) hem de yüksek IPP/PV oranı (ß=0,66; %95 GA: 0,11–1,22; p=0,02), OAB-V8 skorundaki iyileşmenin (?OAB-V8) bağımsız belirleyicileri olarak bulundu.

SONUÇ

HoLEP, aşırı aktif mesane (AAM) semptomlarında anlamlı düzelme sağlamıştır. Daha yüksek preoperatif mesane içi prostat protrüzyonu/prostat hacmi (IPP/PV) oranı, ameliyat sonrası AAM semptomlarındaki daha belirgin iyileşme ile bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur. Bu bulgu, IPP/PV oranının, HoLEP sonrası AAM semptomlarının düzelmesini öngörebilen yeni bir anatomik belirteç olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 1. Çalışma Kohortunun Başlangıç Özellikleri (n=34)

Yaş (yıl)	67 (62–74)
Diabetes mellitus varlığı	7 (%20,5)
IPP uzunluğu (mm)	12 (11–15)
IPP transvers çapı (mm)	32,5 (25–38)
IPP ön-arka (AP) çapı (mm)	24 (18–25)
IPP hacmi (cm^3)	4,60 (3,02–7,57)
Prostat hacmi (cm^3)	60,5 (48–83,5)
IPP hacmi/prostat hacmi oranı (%)	8,42 (4,98–11,53)
Preoperatif IPSS skoru	19,5 (12–24)
Preoperatif OAB-V8 skoru	15 (10–25)
Preoperatif ICIQ-SF skoru	5 (0–14)
Postoperatif IPSS skoru	5,5 (3–14)
Postoperatif OAB-V8 skoru	7,5 (3–12)
Postoperatif ICIQ-SF skoru	6 (0–13,5)
IPSS değişimi	9 (2–19)
OAB-V8 değişimi	7,5 (2–14)
ICIQ-SF değişimi	0 (-5–6)

Veriler medyan (çeyrekler arası aralık [IQR]) veya sayı (%) olarak sunulmuştur. ICIQ-SF: International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (Uluslararası İnkontinans Danışma Kurulu İnkontinans Anketi-Kısa Formu); IPSS: Uluslararası Prostat Semptom Skoru; OAB-V8: Aşırı Aktif Mesane Semptom Skoru (Overactive Bladder Questionnaire-V8); IPP: İntravezikal Prostatik Protrüzyon.

Tablo 2. HoLEP Sonrası Sorgulama Formu Skorlarındaki Değişim (n=34)

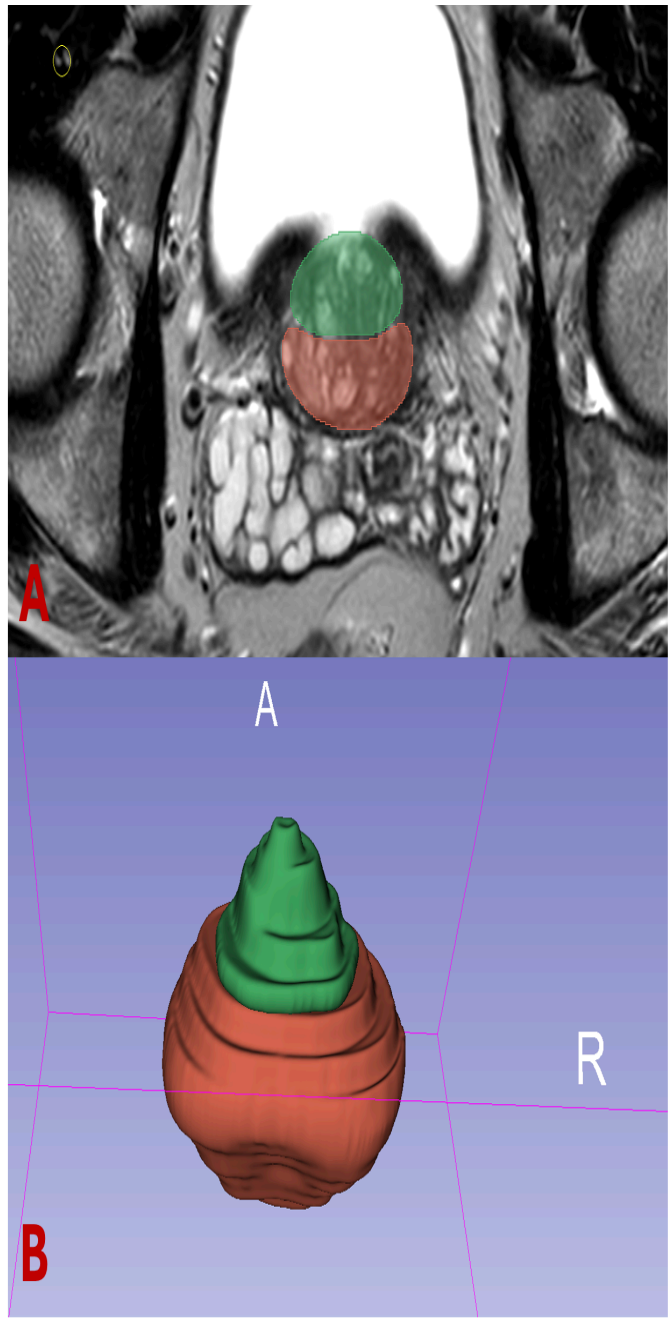
Sorgulama Formu	Preoperatif skor	Postoperatif skor	İyileşme	p değeri
IPSS	19,5 (12–24)	5,5 (3–14)	9 (2–19)	<0,001†
OAB-V8	15 (10–25)	7,5 (3–12)	7,5 (2–14)	<0,001†
ICIQ-SF	5 (0–14)	6 (0–13,5)	0 (-5–6)	0,715†

Veriler medyan (IQR) olarak sunulmuştur. Preoperatif ve postoperatif skorların karşılaştırılmasında Wilcoxon işaretli sıralar testi (†) kullanılmıştır. ICIQ-SF: International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (Uluslararası İnkontinans Danışma Kurulu İnkontinans Anketi-Kısa Formu); IPSS: Uluslararası Prostat Semptom Skoru; OAB-V8: Aşırı Aktif Mesane Semptom Skoru (Overactive Bladder Questionnaire-V8); IPP: İntravezikal Prostat Protrüzyonu; HoLEP: Holmiyum Lazer Prostat Enükleasyonu.

Tablo 3. HoLEP Sonrası OAB-V8 Skorundaki İyileşme ile İlişkili Faktörlerin Tek Değişkenli ve Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon Analizleri

Değişken	Tek Değişkenli β (95% CI)	p değeri	Çok Değişkenli β (95% CI)	p değeri
Yaş (yıl)	-0.21 (-0.74 - 0.32)	0.425	—	—
Preoperatif OAB-V8 skoru	0.79 (0.53 - 1.05)	< 0.001	0.78 (0.54 - 1.02)	**< 0.001**
IPP hacmi/prostat hacmi oranı (%) (%)	0.74 (-0.18 - 1.66)	0.109	0.66 (0.11 - 1.22)	**0.021**
Prostat hacmi (cm^3)	-0.20 (-0.26 - 0.08)	0.302	—	—
IPP hacmi (cm^3)	0.09 (-0.92 - 1.44)	0.657	—	—
Diabetes mellitus varlığı	2.45 (-6.58 - 11.48)	0.581	—	—

Veriler standardize edilmemiş regresyon katsayıları (β) ve %95 güven aralıkları (GA) olarak sunulmuştur. Sınırlı örneklem büyüklüğü göz önünde bulundurularak, çok değişkenli modele dahil edilen değişkenler aşırı uyumu (overfitting) en aza indirmek amacıyla klinik önem ve tek değişkenli analiz bulgularına dayalı olarak önceden belirlenmiştir. GA: Güven aralığı; OAB-V8: Aşırı Aktif Mesane Semptom Skoru (Overactive Bladder Questionnaire-V8); IPP: İntravezikal Prostat Protrüzyonu.



Şekil 1. 3D Slicer yazılımı kullanılarak prostatın ve intravezikal prostat protrüzyonunun (IPP) üç boyutlu segmentasyonu. (A) T2 ağırlıklı aksiyel görüntüler kullanılarak gerçekleştirilen gland segmentasyonu ve (B) Prostat glandının üç boyutlu rekonstrüksiyonu.

SB-37) ARTİFİSYEL ÜRİNER SFİNKTER İMPLANTASYONU SONRASI 8. YILDA GELİŞEN GEÇ DÖNEM ÜRETRAL EROZYON, MİGRASYON VE FOURNİER GANGRENİ TABLOSU

BURAK AYVACIK(1) AHMET YILDIRIM BALIK(1) ARDA TAŞKIN TAŞKIRAN(1)

1. DÜZCE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AMAÇ

Uzun süre sorunsuz çalışan bir artifisyel üriner sfinkter (AUS) implantasyonundan sonra gelişen geç dönem üretral erozyon, cuff migrasyonu ve Fournier gangrenini düşündüren çok odaklı cihaz enfeksiyonu/apse tablosunun tanı ve cerrahi yönetimini sunmak amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

68 yaşındaki erkek olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Klinik öykü, fizik muayene, alt abdomen bilgisayarlı tomografi (BT), tanısal sistoskopi ve intraoperatif bulgular incelendi. Tedavi; acil cerrahi eksplorasyon ve debridman, tüm AUS bileşenlerinin çıkarılması, üretral defektin primer onarımı, negatif basınçlı yara tedavisi (VAC) ve aralıklı debridmanlardan oluştu. Olgunun tıbbi verileri ve klinik görsellerinin bilimsel amaçla kullanımı için hastadan yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

BULGULAR

Diyabetes mellitus öyküsü bulunan hasta, L1-L2 spinal kitle cerrahisi sonrası gelişen işeyememe nedeniyle transüretral prostat rezeksiyonu geçirmiş; bunu izleyen şiddetli stres üriner inkontinans nedeniyle 2018 yılında AUS implantasyonu uygulanmıştı. Sekiz yıllık sorunsuz izlemin ardından giderek artan inkontinansla başvurdu. Mekanik yetersizlik ve sıvı kaybı düşünülerek spinal anestezi altında teknik prosedure uygun olarak sisteme steril sf eklendi; ancak cuff'ın yeterli kapanmadığı ve inkontinansın tam düzelmediği görülünce revizyon planlandı. Revizyonu beklediği dönemde hastanın kendi yontemiyle prezervatif sondanın iple penise sabitlenmesine bağlı ventrolateral penil bölgede 3-4 cm'lik laserasyon gelişti.Debridman ve antibiyotik tedavisi sonrasında primer onarıldı (Resim 1). 3 hafta sonrasında skrotal ve sağ suprapubik bölgede ani gelişen şişlik, ağrı, kızarıklık,ısı artışıyla beraber fournier gangreni ile uyumlu görünüm saptandı. BT'de pompa ve rezervuar çevresinde ödemli, apseiform koleksiyonlar f izlendi (Resim 2). Acil operasonda sonda takılamaması nedenli yapılan sistoskopide AUS manşetinin penil üretrayı erode ederek lümen içine göç ettiği görüldü. Skrotal ve suprapubik eksplorasyonda, özellikle rezervuar çevresinde yaygın apse içeriği saptandı. Manşet, pompa ve rezervuar tamamen çıkarıldı (Resim 3); penil üretradaki defekt primer onarıldı (Resim 4). Debridman sonrası VAC uygulandı ve tekrarlayan debridmanların ardından yara alanları primer kapatıldı.

SONUÇ

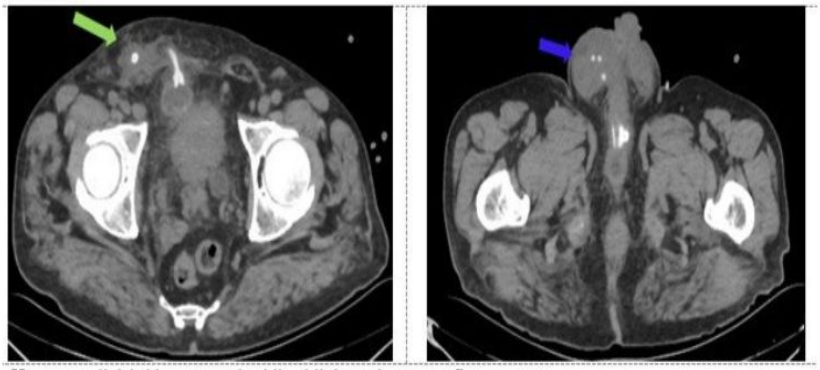
AUS sonrası geç dönem mekanik yetersizlik düşünülen olgularda, özellikle diyabetes mellitus, geçirilmiş üretral cerrahi, nörojenik işeme bozukluğu ve ek mekanik travma varlığında üretral erozyon, migrasyon ve cihaz enfeksiyonu birlikte değerlendirilmelidir. Fournier gangrenini düşündüren klinik tabloda gecikmeden debridman, tüm sistemin aci çıkarılması ve uygun yara yönetimi gereklidir. Bu olguda belirgin fibrozis, diyabetes mellitus,hasta uyumsuzluğu ve öz bakım yetersizliği nedeniyle yeniden implantasyon yerine penil klemp ile konservatif takip tercih edildi.

Resim 1.



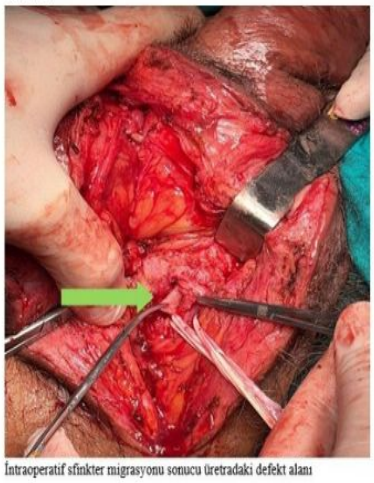
Hastada mekanik travma sonrasında gelişen laserasyon alanı ve sonrasında debridman ve primer onarım sonrası görüntüsü.

Resim 2.



Hastanın acil debridman öncesi çekilen bilgisayarlı tomografi görüntüsü.

Resim 4.



İntraoperatif sfinkter migrasyonu sonucu üretradaki defekt alanı

Resim 3.



Çıkarılan artifisyel sfinkter

SB-38) HIV ENFEKSİYONU İLE ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ: SİSTEMATİK DERLEME

TÜRKER ALTUNTAŞ(1) ERSİN KÖSEOĞLU(2) ÇAĞRI AKIN ŞEKERCİ(3) TUFAN TARCAN(3)

1. Doğanşehir Şehit Esra Köse Başaran Devlet Hastanesi, Üroloji Departmanı, Malatya, Türkiye
2. Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
3. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

AMAÇ
HIV ile yaşayan bireylerde alt üriner sistem semptomlarına (AÜSS) ilişkin mevcut kanıtları sistematik olarak değerlendirmek ve HIV enfeksiyonu ile üriner semptom yükü arasındaki ilişkiyi incelemek.

GEREÇ-YÖNTEM
PRISMA 2020 kılavuzuna uygun olarak PubMed, Scopus, Web of Science ve Cochrane veritabanlarında sistematik bir literatür taraması gerçekleştirildi. HIV ile yaşayan bireylerde AÜSS'yi değerlendiren ve 2000 yılı sonrasında yayımlanan çalışmalar dahil edildi. Çalışma tasarımı, popülasyon özellikleri, sonuç ölçütleri ve temel bulgulara ilişkin veriler çıkarıldı. Yalnızca İngilizce dilinde yayımlanan çalışmalar değerlendirmeye alındı.

BULGULAR
Dahil edilme kriterlerini toplam dört çalışma karşıladı; bunların üçü kesitsel çalışma, biri ise olgu-kontrol çalışmasıydı. Örneklem büyüklükleri 51 ile 1800 katılımcı arasında değişmekteydi. AÜSS, Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS), Ürogenital Distres Envanteri (UDI-6), Uluslararası İnkontinans Danışma Anketi (ICIQ) ve Aşırı Aktif Mesane Anketi (OAB-V8) gibi valide anketler kullanılarak değerlendirildi. Dört çalışmanın üçünde, HIV enfeksiyonu ile artmış AÜSS yükü arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Birden fazla çalışmada HIV enfeksiyonu, şiddetli AÜSS için bağımsız bir risk faktörü olarak tanımlandı. Artmış semptom şiddeti ile ilişkili faktörler arasında erkek cinsiyet, ileri yaş, ileri HIV evresi ve uzun süreli antiretroviral tedavi kullanımı yer almaktaydı. Kadınlarda yapılan bir çalışmada ise AÜSS prevalansının yüksek olduğu, ancak yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı bildirildi.

SONUÇ
Mevcut kanıtlar, HIV ile yaşayan bireylerde HIV-negatif bireylere kıyasla AÜSS prevalansı ve şiddetinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, mevcut çalışma sayısının sınırlı olması ve çalışma tasarımları ile sonuç ölçütlerindeki heterojenite, kesin sonuçlara ulaşılmasını kısıtlamaktadır.

Yazar	Yıl	Çalışma Tasarımı	Cinsiyet	Sonuç Ölçümü	Grup Büyüklüğü	Temel Bulgular
Breyer ve ark.	2011	Kesitsel	Erkek	IPSS	HIV: 323, Kontrol: 1507	HIV, rahatsız edici AÜSS için bağımsız bir risk faktörüdür. AIDS tanımlayıcı olmayan HIV enfeksiyonu ve AIDS tanımlayıcı HIV enfeksiyonu varlığı, sırasıyla şiddetli AÜSS olasılığını 2,07 kat (%95 GA: 1,04–3,79) ve 2,49 kat (%95 GA: 1,43–4,33) artırmıştır. HIV ile enfekte erkeklerde, yaşam kalitesi dâhil tüm alanlarda toplam IPSS skorları HIV-negatif erkeklere göre daha kötü bulunmuştur.
Larouche ve ark.	2021	Kesitsel	Kadın	UDI-6, IIQ-7	HIV: 177	AÜSS yaygın olarak görülmekle birlikte, bu örneklemde yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etki gösterilememiştir.
Benyamina ve ark.	2023	Kesitsel	Her iki cinsiyet	IPSS	HIV: Erkek 124, Kadın 155	HIV ile yaşayan bireylerde AÜSS prevalansı yüksektir. Artmış AÜSS şiddeti ile anlamlı olarak ilişkili faktörler; erkek cinsiyet (OR: 2,75; %95 GA: 1,59–4,75; p<0,001), 49 yaş üzeri olmak (OR: 3,02; %95 GA: 1,49–6,16; p=0,002), 10 yıldan uzun süre antiretroviral tedavi kullanımı (OR: 3,03; %95 GA: 0,9–6,10; p=0,021) ve evre IV HIV enfeksiyonu (OR: 2,42; %95 GA: 0,9–3,4; p=0,047) olarak belirlenmiştir.
Köseoğlu ve ark.	2025	Olgu-kontrol	Erkek	IPSS, ICIQ-SF, ICIQ-MLUTS, OAB-V8, UDI-6, IIQ-7, King's Health Questionnaire	HIV: 51, Kontrol: 44	HIV ile yaşayan bireylerde AÜSS daha sık gözlenmiştir. OAB-V8 ve IPSS skorlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla p<0,05 ve p<0,01). Ayrıca, tereddütlü işeme, kesik kesik işeme, azalmış idrar akım hızı ve işeme sonrası rezidü idrar hissi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Kısaltmalar: HIV, İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü; IPSS, Uluslararası Prostat Semptom Skoru; UDI-6, Ürogenital Distres Envanteri-6; IIQ-7, İnkontinans Etki Anketi-7; ICIQ-SF, Uluslararası İnkontinans Danışma Anketi-Kısa Form; ICIQ-MLUTS, Uluslararası İnkontinans Danışma Anketi-Erkek Alt Üriner Sistem Semptomları; OAB-V8, Aşırı Aktif Mesane Anketi Kısa Formu (8 maddelik versiyon); AÜSS, Alt Üriner Sistem Semptomları; Yaşam Kalitesi (QoL), Quality of Life; PVR, İşeme Sonrası Rezidü İdrar.

SB-39) AÜSS İLE BAŞVURAN ERKEK HASTALARDA SON 1 YILDAKİ İYE ÖYKÜSÜNÜN KLİNİK VE ÜROFLOVMETRİK BULGULARA ETKİSİ

GUNAL OZGUR(1) AHMET ÖZGÜR GÜÇTAŞ(1) MURAT KARS(1)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Alt üriner sistem semptomları (AÜSS), ileri yaş erkeklerde sık görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir klinik durumdur. İdrar yolu enfeksiyonları (İYE) hem AÜSS'de görülebilmekted hem de mevcut semptomların şiddetini artırabilmektedir. Bununla birlikte, AÜSS ile başvuran erkek hastalarda yakın dönem İYE öyküsünün klinik, üroflovmetrik ve semptom skorları üzerindeki etkisi yeterince araştırılmamıştır. Bu çalışmada, son bir yıl içerisinde İYE öyküsü bulunan ve bulunmayan erkek hastaların klinik özellikleri, üroflovmetri parametreleri ve IPSS skorlarının karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu prospektif çalışmaya, üroloji polikliniğine AÜSS nedeniyle başvuran 40 yaş üzeri erkek hastalar dahil edildi. Hastalar son bir yıl içerisinde İYE öyküsü bulunanlar ve bulunmayanlar olarak iki gruba ayrıldı. Tüm hastalarda demografik veriler, komorbiditeler, akut üriner retansiyon öyküsü, prostat hacmi, PSA düzeyi, böbrek fonksiyonları, üroflovmetri parametreleri ve Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS) değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 670 hasta dahil edildi. Hastaların 121'inde (%18,1) son bir yıl içerisinde İYE öyküsü mevcuttu. İYE (+) grupta diyabet sıklığı daha yüksek bulundu (%32,2 vs %24,4; p=0,05). Ayrıca akut üriner retansiyon öyküsü İYE (+) hastalarda anlamlı derecede daha fazlaydı (%24,8 vs %6,4; p<0,001). Üroflovmetri parametreleri açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Benzer şekilde Qmax, Qave, işeme hacmi ve postvoid rezidü idrar hacmi açısından istatistiksel fark izlenmedi. IPSS değerlendirmesinde toplam yaşam kalitesi skoru benzer bulunurken, dolum fazı semptom skorunun İYE (+) grupta anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü (7 vs 6; p=0,048). Boşaltım fazı skorları açısından anlamlı fark saptanmadı.

SONUÇ

AÜSS ile başvuran erkek hastalarda son bir yıl içerisindeki İYE öyküsü, özellikle dolum fazı semptomlarında artış ve akut üriner retansiyon öyküsü varlığında yüksek bulundu. Bu bulgular, AÜSS değerlendirmesinde yakın dönem İYE öyküsünün dikkate alınmasının klinik açıdan önemli olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 1. Son bir yılda İYE öyküsü bulunan ve bulunmayan hastaların demografik, klinik ve üroflovmetrik özelliklerinin karşılaştırılması

Değişkenler	İYE (-) N=549 (81,9%)	İYE (+) N=121 (18,1%)	p
Yaş	60.0 ± 9.8	60.7 ± 9.6	0,258
VKİ, kg/m²	28.0 ± 3.9	28.0 ± 4.2	0,818
Hipertansiyon, n	162 (29,5%)	43 (35,5%)	0,192
Diyabet varlığı, n	134 (24,4%)	39 (32,2%)	**0,05**
Akut üriner retansiyon öyküsü, n	35 (6,4%)	30 (24,8%)	**0,000**
Mesane duvar kalınlığı, n	44 (10%)	15 (14,6%)	0,178
Prostatın intravezikal protrüzyonu, n	79 (20%)	23 (26,1%)	0.202
Prostat hacmi, ml	43,8 ± 27,3	44,5 ± 26,8	0,977
PSA, ng/mL	2,28 ± 3,22	3,80 ± 11,39	0,886
eGFR, mL/dk/1.73 m²	88,7 ± 20,7	86.7 ± 20,9	0,482
Üroflowmetri Verileri			
Q_{max}, ml/s	13,9 (9,8–18,6)	12,9 (9,6–18,6)	0,379
Q_{ave}, ml/s	8,2 (5,9–11)	7,9 (5,8–11,9)	0,327
İşeme Hacmi, ml	269,6 (192,3–381,9)	282,7 (210,6–372,3)	0,447
İşeme sonrası rezidü idrar hacmi, ml	22 (0–50)	20 (0–50)	0,444
IPSS- yaşam kalitesi skoru	3 (2–5)	3 (2–5)	0,541
IPSS- dolum fazı skoru	6 (4-8,5)	7 (7-9)	**0,048**
IPSS- boşaltım fazı skoru	8 (5-11)	9 (5,5-12,5)	0,102

AÜSS: Alt üriner sistem semptomları, İYE: İdrar yolu enfeksiyonu, VKİ: Vücut kitle indeksi, PSA: Prostat spesifik antijen, eGFR: Tahmini glomerüler filtrasyon hızı, Qmax: Maksimum idrar akım hızı, Qave: Ortalama idrar akım hızı, IPSS: Uluslararası Prostat Semptom Skoru

SB-40) HOLEP SONRASI ÜRETRAL DARLIK GELİŞİMİNDE RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

TÜRKER ALTUNTAS(1) MEHMET ÇETİN(2) DOĞANCAN DÖRÜCÜ(3) GÜNAL ÖZGÜR(3) TARIK EMRE ŞENER(4)

1. Doğanşehir Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği, Malatya, Türkiye
2. Siverek Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği, Şanlıurfa, Türkiye
3. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
4. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

AMAÇ
Holmium lazer enükleasyonu (HoLEP) uygulanan hastalarda üretral darlık gelişimi ile ilişkili olabilecek faktörlerin ortaya konulması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 2022 ile Aralık 2023 tarihleri arasında deneyimli tek cerrah tarafından HoLEP uygulanan en az 1 yıl takip edilen, 40 yaş üstü hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Demografik özellikler, komorbiditeler, preoperatif prostat hacmi, prostat spesifik antijen (PSA) düzeyi, operasyon süresi, enükleasyon süresi, morselasyon süresi, çıkarılan doku ağırlığı, kateterizasyon süresi ve postoperatif takip verileri kaydedildi. Takip sürecinde üroflovmetri, semptom değerlendirmesi ve sistoskop inceleme ile üretral darlık tanısı konulan hastalar belirlendi. Hastalar üretral darlık gelişen ve gelişmeyen olmak üzere iki gruba ayrılarak karşılaştırıldı. Ardından üretral darlık gelişen grupta olası risk faktörleri incelendi.

BULGULAR
Çalışmaya yaş ortalaması 67.14 olan 158 hasta dahil edildi. Toplam 7 hastada (%4.4) üretral darlık gelişti. Üretral darlık gelişimi hastalarda ortanca değer olarak 4. (3–6) ayda saptandı. Gruplar arasında demografik veriler, PSA ve kateterizasyon süresi açısından anlamlı fark saptanmadı. Üretral darlık gelişen hastalarda preoperatif prostat hacmi, operasyon süresi, enükleasyon süresi ve morselasyon süresi anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla p=0.034, p=0.001, p=0.001, p=0.005). Komplikasyonlar da üretral darlık grubunda daha sık izlendi (p=0.001). Lojistik regresyon analizinde de prostat hacmi, operasyon süresi, enükleasyon süresi ve morselasyon süresi üretral darlık gelişimi ile istatiksel anlamlı şekilde ilişkili bulundu. Üretral darlık gelişen tüm hastalara tedavi olarak internal üretrotomi uygulandı.

SONUÇ
HoLEP sonrası gelişen üretral darlık nadir ancak tekrarlayan endoskopik cerrahi girişimler gerektirebilen önemli bir komplikasyondur. Artmış prostat hacmi ve uzamış cerrahi süreler HoLEP sonrası bu komplikasyon ile ilişkili bulunmuştur. Bu cerrahi sonrasında darlık gelişimini önlemek adına bu parametrelere dikkat edilmelidir.

-	O.R (95% CI)	P değeri
Preoperatif Prostat Hacmi	1.017 (1.003-1.032)	0.021
Operasyon süresi	1.048 (1.021-1.076)	<0.001
Enükleasyon süresi	1.070 (1.030-1.112)	<0.001
Morselasyon süresi	1.052 (1.016-1.090)	0.005

Tablo 2. Regresyon Analizi

Tablo 1. Grupların Karşılaştırılması

	Üretral Darlık Grubu (n:7)	**Darlık Gelişmeyen Grup (n:151)**	**P değeri**
Yaş (yıl)	71 (62-79)	67 (62-71)	0.122
VKİ (kg/m²)	26.6 (24.65-27.95)	28.75 (26.37-30.3)	0.147
DM	3 (42.9)	33 (21.9)	0.195
HT	5 (71.4)	60 (39.7)	0.103
Preoperatif Prostat Hacmi (cc)	148 (80-159)	85.5 (64.25-115)	**0.034**
PSA (ng/dl)	6.2 (1.7-15.6)	3.8 (2.07-6.2)	0.244
Operasyon süresi (dk)	155 (110-170)	90 (70-105)	**0.001**
Enükleasyon süresi (dk)	95 (80-130)	65 (50-80)	**0.001**
Morselasyon süresi (dk)	35 (25-45)	20 (15-30)	**0.005**
Enükle edilen Prostat Hacmi (cc)	80 (50-100)	60 (42-80)	0.189
Kateterizasyon süresi (gün)	2 (2-3)	2 (2-3)	0.945
Komplikasyonlar			**0.001**
Yok	5 (71.4)	127 (84.1)	
CD1	0	13 (8.6)	
CD2	0	9 (6)	
CD3	2 (28.6)	1 (0.7)	
CD4	0	1 (0.7)	

SB-41) MONOSEMPTOMATİK ENÜREZİS NOKTURNALI ÇOCUKLARDA KOMBİNE (SES + TİTREŞİM) VE SADECE SESLİ ALARM CİHAZLARININ TEDAVİ UYUMU VE KLİNİK ETKİNLİK AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

AYKUT AKINCI(1) KÜRŞAT KÜÇÜKER(2)

1. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı
2. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

AMAÇ

Enürezis nokturna (EN) tedavisinde alarm cihazları günümüzde kullanılan standart tedavi yöntemlerinden biridir. Ancak derin uyku evresindeki çocukların uyarana karşı gösterdiği uyanma güçlüğü, çocuğun tedaviye olan uyumunu olumsuz etkileyebilmektedir. Bu çalışmada, kliniğimizde monosemptomatik enürezis nokturna tanısıyla alarm tedavisi önerilen pediatrik hastalarda, kombine (ses + titreşim) uyaran veren cihazlar ile sadece sesli uyaran veren cihazların bazal hasta özellikleri, çocuğun tedaviye uyumu ve 3. ayın sonundaki klinik başarı üzerindeki etkilerini retrospektif olarak karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde en az 3 ay süreyle alarm tedavisi önerilen monosemptomatik pediatrik hastaların verileri geriye dönük incelendi. Çalışmaya standart üroterapi eğitimi verilmiş olan, daha önce alarm öyküsü bulunmayan primer monosemptomatik EN tanılı 98 hasta dahil edildi; sekonder enürezis olguları dışlandı. Hastalar kullanılan cihaz mekanizmasına göre iki gruba ayrıldı: Kombine (ses + titreşim) grubu (Grup 1, n=54) ve sadece sesli grup (Grup 2, n=44). Hastaların demografik verileri, bazal haftalık ıslak gece sayıları, alarm anında çocuğun ebeveyn desteği olmadan kendi kendine uyanma durumu, çocuğun uyarana uyum sağlayamaması nedeniyle ilk 1 aydaki tedaviyi yarıda bırakma (drop-out) ve 3. ay sonundaki klinik başarı (ardışık 14 kuru gece) oranları karşılaştırıldı.

BULGULAR

Grup 1 ve Grup 2 arasında yaş ortalaması (8.3±1.5 vs 8.5±1.7 yıl; p=0.548), cinsiyet dağılımı (32E/22K vs 25E/19K; p=0.824) ve bazal haftalık ıslatma sayıları (5.4±1.2 vs 5.6±1.4; p=0.457) açısından anlamlı fark saptanmadı.

Tedavi sürecinde ebeveyn uyarısı olmadan çocuğun kendi kendine uyanma oranı Grup 1'de %59.2 (32/54) iken Grup 2'de %31.8 (14/44) bulundu; kombine grupta uyanma oranı anlamlı yüksek saptandı (p=0.006). Çocuğun uyarana uyum sağlayamaması veya cihazı tolere edememesi nedeniyle ilk 1 aydaki tedaviyi yarıda bırakma (drop-out) oranı Grup 2'de %27.2 (12/44) iken Grup 1'de %11.1 (6/54) ile anlamlı düşük bulundu (p=0.038). 3. ay sonundaki tam kuruluk başarısı Grup 1'de %66.6 (36/54) iken Grup 2'de %45.4 (20/44) olarak kaydedildi ve kombine grupta klinik başarının anlamlı düzeyde daha üstün olduğu saptandı (p=0.035).

SONUÇ

Enürezis nokturnada alarm tedavisinin başarısı, cihaz uyumu ile doğrudan ilişkilidir. Analizimiz; ses uyarısının yanına eklenen dokunsal (vibrasyon) uyarının, derin uykudaki çocuğun kendi kendine uyanmasını kolaylaştırdığını, çocuğun tedaviye olan bireysel uyumunu artırdığını ve buna bağlı olarak drop-out oranlarını düşürüp klinik başarıyı anlamlı ölçüde yükselttiğini göstermektedir. Monosemptomatik EN hastalarında alarm tedavisi planlanırken, çocuk uyumunu ve klinik etkinliği optimize etmek adına kombine (ses+titreşim) özellikli modellerin tercih edilmesi başarıyı olumlu yönde etkileyecektir.

SB-42) ÇOCUKLARDA ENDOÜROLOJİK TAŞ CERRAHİSİNDE PRESTENTLEMENİN TAŞSIZLIK ORANI ÜZERİNE ETKİSİ

NİHAT KARABACAK(1) İREM ALEYNA TEKE(1) ENDER CEM BULUT(1) MUSTAFA ÖZGÜR TAN(1) ÖZDEMİR SERHAT GÜROCAK(1)

1. gazi üniversitesi

AMAÇ

Pediatrik hasta grubunda üriner sistem taşlarının endoskopik tedavisi erişkin hasta grubuna kıyasla zorlayıcı olabilir. Bu nedenle, cerrahi başarıyı artırmak amacı ile çeşitli yaş gruplarında ameliyat öncesi üreteral stent uygulanması (prestentleme) önerilmektedir.
Bu çalışmada, üreterorenoskopi (URS) veya retrograd intrarenal cerrahi (RIRS) uygulanan pediatrik hastalar yaş gruplarına göre sınıflandırılarak prestentlemenin ilk seanstaki taşsızlık oranına (SFR) etkisini değerlendirmek ve prestentleme ile ilişkili klinik faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

2017 ile 2025 yılları arasında ürolitiazis nedeni ile URS veya RIRS uygulanan 126 pediatrik hasta retrospektif olarak analiz edildi. Hastalar ayrıca ileri analizler için iki yaşından küçük (<2 yaş), 2-5 yaş ve 5-18 yaş arası olacak şekilde üç gruba ayrıldı. Taşsızlık kriteri ?3 milimetre (mm) olarak kabul edildi. İlk seans SFR'leri, prestentleme uygulanan ve uygulanmayan hastalar arasında karşılaştırıldı. Ek cerrahi müdahale gereken hastalarda müdahaleler sonrası nihai SFR hesaplandı.
Prestentleme ile bağımsız olarak ilişkili faktörleri belirlemek için çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı.

BULGULAR

Prestentleme oranları yaşa göre anlamlı şekilde farklılık gösterdi; en yüksek oran <2 yaş grubu çocuklarda (%72,0) gözlendi, bunu 2–5 yaş (%41,7) ve 5–18 yaş (%18,2) grupları izledi (p<0,001)(Tablo.1). <2 yaş grubunda prestentleme uygulanan hastalarda prestentleme uygulanmayan hastalara kıyasla ilk seanstaki SFR istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (%100,0'a karşı %42,9, p=0,003). Buna karşın, 2–5 yaş grubunda ilk seanstaki SFR, prestentleme uygulanmış ve uygulanmamış hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (%90,0'a karşı %92,4, p=1,000). 5–18 yaş grubuna bakıldığında da ilk seans SFR'si arasında iki grupta istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (%78,6'ya karşı %82,0, p=0,71). Genel popülasyona bakıldığında da aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (%90,5'e karşı %82,7, p=0,199). Çok değişkenli analizde, daha küçük yaş (<2 yaş: düzeltilmiş OR 23,89, p<0,001; 2–5 yaş: düzeltilmiş OR 4,80, p=0,021) ve daha önce geçirilmiş taş cerrahisi (düzeltilmiş OR 7,90, p<0,001) prestentlemeyi öngören bağımsız belirteçler olarak değerlendirilmiştir (Tablo.2).

SONUÇ

Prestentleme, <2 yaş çocuklarda taşsızlık oranlarını önemli ölçüde artırmaktadır. Ancak, daha büyük yaş grubundaki çocuklarda prestentlemenin taşsızlığa etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Daha küçük yaş ve daha önce geçirilmiş taş ameliyatı, pediatrik endoskopik taş tedavisinde prestentlemeyi öngörmede en güçlü belirteçler olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 1. *Yaş gruplarına göre prestentleme ve taşsızlık oranı (SFR)*

Yaş Grubu	Prestentleme	Taşsızlık sağlandı mı Hayır n (%)	Taşsızlık sağlandı mı Evet n (%)	Total	SFR (%)	p değeri*
<2 yaş (n=25)	Hayır	4 (%57.1)	3 (%42.9)	7	42.9	**0.003***
	Evet	0 (%0)	18 (%100)	18	100.0	
2–5 yaş (n=24)	Hayır	1 (%7.7)	13 (%92.3)	14	92.4	1.000
	Evet	1 (%10.0)	9 (%90.0)	10	90.0	
5–18 yaş (n=77)	Hayır	11 (%18.0)	52 (%82.0)	63	82.0	0.71
	Evet	3 (%21.4)	11 (%78.6)	14	78.6	
Total (n=126)	Hayır	16 (%19.8)	68 (%80.2)	84	82.7	0.199
	Evet	4 (%9.5)	38 (%90.5)	42	90.5	

Tablo 2. Prestentleme ile ilişkili faktörlerin çok değişkenli lojistik regresyon analizi

Belirteç	Düzeltilmiş OR	95% CI	p değeri
Önceden Geçirilmiş Taş Cerrahisi (Evet/ Hayır)	**7.90**	**2.51–24.86**	**<0.001**
Hidronefroz (Evet/ Hayır)	1.98	0.73–5.38	0.183
Cinsiyet (Erkek / Kadın)	2.33	0.84–6.49	0.105
Taş Boyutu (1 mm artış başına)	0.96	0.82–1.12	0.610
Yaş Grubu (ref: 5–18 yaş)			
<2 yaş	**23.89**	**5.63–101.47**	**<0.001**
2–5 yaş	**4.80**	**1.27–18.12**	**0.021**
Taş Lokasyonu (ref: distal + orta-ureter)			
Proksimal + renal pelvis	2.94	0.61–14.04	0.177
Kaliks taşları	0.99	0.23–4.27	0.984

SB-43) BİLATERAL VAKALARDA COHEN ÇAPRAZ TRİGONAL REİMPLANTASYONUNUN MATHİSEN MODİFİKASYONU

HAYRUNNİSA HOROZCU(1) RABİA HIZARCİ BAL(1) TAYYİP KILIÇSOKAN(1) SERDAR TEKGÜL(1) HASAN SERKAN DOĞAN(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Bazı bilateral vezikoüreteral reflü (VUR) vakalarında, neo-orifis yerleştirme kararı zorlayıcı olabilir. Bu çalışmada, bilateral açık üreter reimplantasyonu için modifiye edilmiş (Mathisen) Cohen tekniğinin uygulanabilirliğini sunmayı amaçlıyoruz.

GEREÇ-YÖNTEM

2020 ile 2024 yılları arasında bilateral VUR için Cohen çapraz trigonal reimplantasyonunun Mathisen modifikasyonu uygulanan 25 hastanın (13 erkek ve 12 kadın; 50 üreter) tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Dahil edilme kriteri, primer VUR varlığıdır. Ameliyatta, üreterlerden biri intravezikal yaklaşımla serbestleştirildi, mesane duvarının tamamı (mukoza ve detrusor kası) kraniyal yönde 1-2 cm kesildi, üreter yukarı doğru hareket ettirilerek üstte yeni bir açıklık oluşturuldu, kesilen detrusor kası kapatıldı, ardından Cohen çapraz trigonal tünel ve yeni orifis oluşturma işlemi gerçekleştirildi. Diğer üreter ise standart Cohen tekniği ile yeniden implante edildi.

BULGULAR

Son 5 yıl içinde en az 1 yıl takip süresi olan 25 bilateral VUR hastasını (erkek/kadın: 13/12; ortalama yaş: 56,4±30,9 ay) çalışmaya dahil ettik. 50 üreterde 2, 3, 4 ve 5. derece reflü dağılımı sırasıyla 5, 11, 21 ve 13 idi. Takip süresi boyunca (ortalama 25 ay), hastaların hiçbirinde ateşli İYE veya artan hidronefroz görülmedi. Dört hastada ateşsiz idrar yolu enfeksiyonu, 5 hastada ise ameliyat öncesi duruma göre iyileşme gösteren hafif hidronefroz vardı. Hastaneye yatış veya daha ileri inceleme gerektiren hiçbir sorunla karşılaşılmadı.

SONUÇ

Cohen tekniği, yüksek başarı oranlarıyla dünya çapında kullanılan çok bilinen bir teknik olmasına rağmen, Mathisen tekniği (en azından literatürde) düşük bir popülariteye sahiptir. Biz, Cohen tekniğinin Mathisen modifikasyonunu (literatürde daha önce tanımlanmamış) iki taraflı vakalarda tanımlıyoruz; bu modifikasyon, orijinal tekniğin başarısını azaltmadan yeni bir açıklığın yerleştirilmesini kolaylaştırır ve basittir.

SB-44) OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARDA PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONRASI MİNÖR KOMPLİKASYONLAR VE HASTANE MALİYETLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

MEHMET GÜRKAN ARIKAN(1) TUNAHAN ATEŞ(2) İSMAİL ONDER YILMAZ(1) NEBİL AKDOĞAN(1) MUTLU DEĞER(1) TANJU KILINÇ(1) NİHAT SATAR(1)

1. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ
2. DEFNE DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Bu çalışma, 3-6 yaş aralığındaki (okul öncesi) çocuklarda perkütan nefrolitotomi (PNL) operasyonu sonrası gelişen minör komplikasyonların (Clavien-Dindo Sınıf 1-2) bağımsız risk faktörlerini belirlemeyi ve bu komplikasyonların hastane maliyetleri üzerindeki ekonomik etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

2007-2025 yılları arasında tedavi edilen 196 hastanın verileri geriye dönük olarak analiz edilmiştir.

BULGULAR

Klinik Bulgular ve Risk Faktörleri

Çalışma grubundaki çocukların medyan yaşı 4,00 olarak saptanmıştır. Hastaların %22,5'inde minör komplikasyonlar gözlenmiş; en sık karşılaşılan durumlar ateş, hematüri ve geçici idrar kaçağı olmuştur. Çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonucunda, postoperative minör morbiditeyi öngören bağımsız risk faktörleri şunlardır:

* Operasyon Süresi: Ameliyat süresindeki artış komplikasyon riskini anlamlı şekilde artırmaktadır (OR: 1,02, p=0,007).
* Sistemik Komorbiditeler: Eşlik eden sistemik hastalıkların varlığı, komplikasyon riskini yaklaşık 24 kat artırarak en güçlü belirleyici olarak öne çıkmıştır (OR: 24,17, p=0,018).

Ekonomik Analiz ve Maliyet Sürücüleri

Enflasyona göre düzeltilmiş medyan hastanede yatış maliyeti 40.014,93 TRY olarak hesaplanmıştır. Toplam maliyeti doğrudan etkileyen bağımsız değişkenler ise şu şekilde belirlenmiştir:

* ASA Skoru: Hastanın genel sağlık durumunun (ASA skoru) yüksek olması maliyeti artırmaktadır ($p<0.001$).
* Giriş Kılıfı Çapı (Access Sheath): Daha büyük çaplı aletlerin kullanımı maliyet artışıyla ilişkilendirilmiştir ($p<0.001$).
* Preoperatif Hematokrit (HCT) Seviyeleri: Düşük HCT değerine sahip (anemik) çocuklarda maliyetlerin yükseldiği saptanmıştır ($p=0.001$).

SONUÇ

Çalışma, okul öncesi dönemdeki çocuklarda PNL başarısının sadece taşsızlık oranıyla değil, cerrahi morbiditenin ve maliyetin minimizasyonuyla ölçülmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Komplikasyon derecesi ile maliyet arasında pozitif bir trend izlense de bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Klinik ve ekonomik başarıyı optimize etmek için operasyon süresinin 60 dakikanın altında tutulması, minyatürize aletlerin tercih edilmesi ve tıbbi açıdan karmaşık veya anemik çocuklarda titiz bir preoperatif hazırlık yapılması önerilmektedir.

SB-45) PEDİATRİK ÜROLİTİAZİSTE KLİNİK ANLAMLI REZİDÜEL TAŞ FRAGMANI BOYUTU NEDİR? SİSTEMATİK DERLEME VE META-ANALİZ

KADİR CAN SAHIN(1) ADMIR OZTURK(2) ELİF ALTINAY KIRLI(2) BÜLENT ÖNAL(2)

1. BAYRAMPAŞA DEVLET HASTANESİ
2. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Pediatrik taş cerrahisi sonrasında kalan rezidüel taş fragmanlarının (RTF) yönetimi halen tartışmalıdır ve klinik anlamlı RTF boyutuna ilişkin kanıtlar sınırlıdır. Bu sistematik derleme ve meta-analizin amacı, pediatrik taş cerrahisi sonrasında bildirilen RTF boyutlarını ortaya koymak ve fragman boyutu ile spontan taş düşmesi ile sekonder girişim gereksinimi arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

PRISMA kılavuzuna uygun olarak PubMed ve Embase veri tabanlarında sistematik literatür taraması gerçekleştirildi. Pediatrik endoürolojik taş tedavileri sonrasında RTF boyutu ve klinik seyrini bildiren çalışmalar dahil edildi. RTF boyutunun havuzlanmış tahmini random-effects meta-analizi ile hesaplandı. Ayrıca heterojenite, yayın yanlılığı, yanlılık riski ve RTF boyutu ile spontan taş düşmesi ve sekonder girişim oranları arasındaki ilişki doğrusal regresyon analizleri ile değerlendirildi.

BULGULAR

Toplam 1.129 kayıt tarandı ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 10 çalışma analize alındı. Havuzlanmış RTF boyutu 3,00 mm (%95 GA: 2,59–3,55) olarak bulundu ve heterojenite düşük düzeydeydi (I^2=%22; p=0,49). Egger testi yayın yanlılığı göstermedi (p=0,42). Daha büyük RTF'nin spontan taş düşmesi ile pozitif yönde bir eğilim gösterdiği izlense de ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi (R^2=0,678; p=0,18). Benzer şekilde, RTF boyutu ile sekonder girişim oranları arasında da anlamlı bir ilişki saptanmadı (R^2=0,168; p=0,27). Yanlılık riski değerlendirmesinde çalışmaların büyük bölümünde indeks test ve takip alanlarında düşük yanlılık riski saptanırken, çalışmalardaki en sık metodolojik sorunun hasta seçimi ve cut-off ölçütleri olduğu belirlendi.

SONUÇ

Bulgularımız, pediatrik taş cerrahisi sonrasında yaklaşık 3 mm'lik RTF boyutunun klinik anlamlı bir eşik değer olarak kabul edilebileceğini düşündürmektedir. Ancak bu bulgunun prospektif ve yüksek kaliteli çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

Fig. 1 PRISMA flow diagram of the systematic review

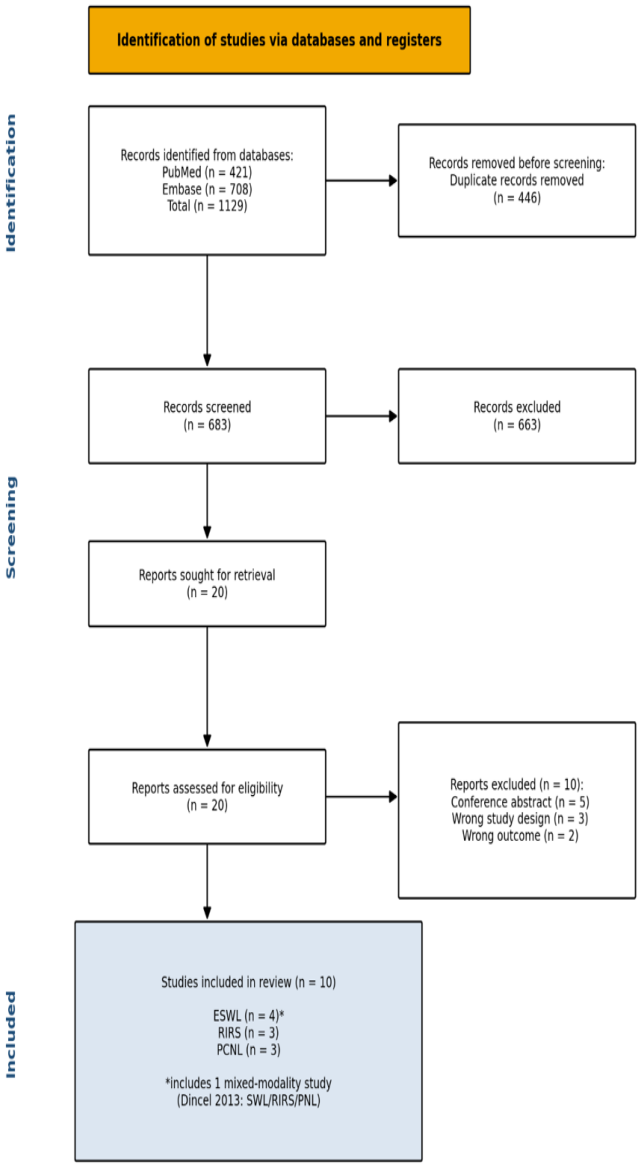
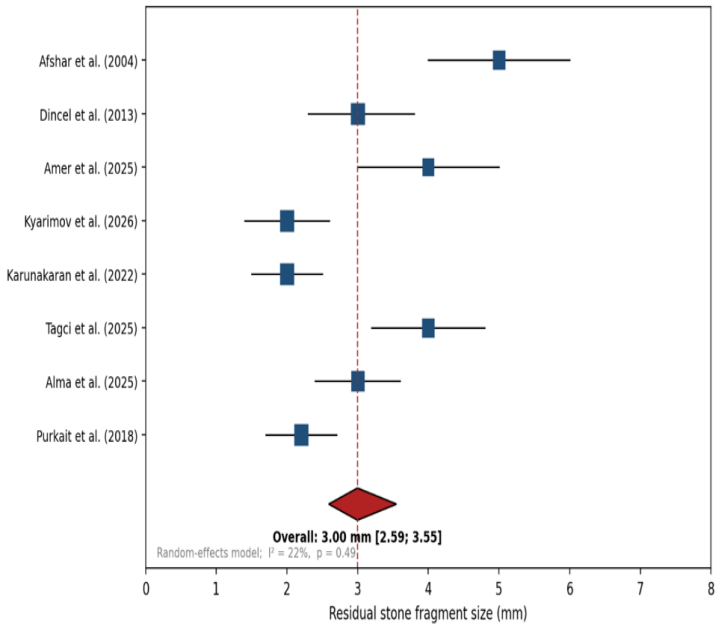


Fig. 2 Forest plot for heterogeneity analysis of RSF size



SB-46) RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ YAPILAN ÇOCUKLARDA PREOPERATİF PASİF DİLATASYON AMACIYLA DOUBLE J STENT KULLANILMASININ CERRAHİ SONUÇLARA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

HALİL BATUR AKAY(1) DOĞANCAN DÖRÜCÜ(1) NAİF DİNÇ ÜLKER(1) ERSİN GÖKMEN(1) MIRGASIM SEYIDOV(1) ONUR CAN ÖZKAN(1) TARIK EMRE SENER(1) YILÖREN TANIDIR(2) SELÇUK YÜCEL(1) HAYDAR KAMİL ÇAM(1) TUFAN TARCAN(3) ÇAĞRI AKIN ŞEKERCİ(1)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. MEDİCANA HASTANESİ
3. KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Çocuklarda retrograd intrarenal cerrahi (RIRC), üst üriner sistem taşlarının tedavisinde giderek daha sık kullanılan minimal invaziv bir yöntem haline gelmiştir. Özellikle çocuklarda rutin preoperatif Double J (DJ) stent takılması ileüreterin pasif dilatasyonunu sağlayarak cerrahi başarıyı arttırmak ve komplikasyon oranlarını azaltmak hedeflemektedir. Literatürde bu konuda özellikle çocuk yaş grubunda veriler sınırlıdır. Bu çalışma ile RIRC uygulanan çocuk hastalarda preoperatif DJ stent takılmasının cerrahi sonuçlar üzerine etkisinin değerlendirmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Merkezimizde 2014-2025 yılları arasında RIRC yapılan çocuk hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. RIRC öncesi DJ stent takılan ve takılmayan hastaların demografik özellikleri, taşa ait özellikleri (taş çapı, yüzey alanı, hacmi, lokalizasyonu, taş dansitesi), cerrahi süresi, komplikasyon oranları gruplar arasında karşılaştırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya ortanca yaşı 7 olan 44'ü erkek ve 38'i kız olmak üzere toplam 82 çocuk hasta dahil edildi. 46 hastaya (%56,1) preoperatif DJ stent takılmışken, 36 hastada (%43,9) doğrudan RIRC uygulanmıştı. Taş lokalizasyonları ve taş yüzey alanları açısından gruplar arasında farklılık izlenmezken, taş çapı ve taş hacimleri yüksek olan hastalarda preoperatif DJ stent uygulanma oranı istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek idi. Preoperatif DJ stant takılmayan grupta taşsızlık oranı %71,4 iken, Preoperatif DJ stent takılan grupta bu oran %82,2 idi. Komplikasyon oranları ise Preoperatif DJ stent takılmayan grupta %22, takılan grupta ise %16 olarak saptandı. Ancak hem taşsızlık, hem komplikasyon oranları açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık gözlenmedi.

SONUÇ

RIRC uygulanan pediatrik hastalarda preoperatif DJ stent takılan ve takılmayan gruplar arasında taşa ait özellikler değerlendirildiğinde kompleks taşlarda preoperatif DJ Stent takılmasının tercih edildiği görülmüş, komplikasyon oranları ile taşsızlık oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. RIRC öncesi pasif dilatasyon amacıyla DJ stent takılması, rutin olarak önerilmemekle birlikte kompleks taş cerrahisinde seçilmiş hastalarda etkin ve güvenilir olarak kullanılabileceğini düşünmekteyiz. Bu konuda prospektif ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

-	RIRC öncesi DJ Stent takılan (n=46)	RIRC öncesi DJ stent takılmayan (n= 36)	P değeri
Yaş	4 yaş (10 ay-17 yaş)	9 yaş (22 ay-17 yaş)	0,034
Cinsiyet (K/E)	15/30	22/14	0,008
Taş Çapı (mm3)	645(87-13871)	474 (17-3402)	<0,001
Taş Yüzey Alanı (mm2)	651(177-2013)	424 (39-4421)	<0,001
Operasyon Süresi (dk)	100 (55-240)	75 (40-120)	0,01
Komplikasyon (%)	7 (%16)	8 (%22)	0,127
Taşsızlık (%)	37 (%82,2)	25 (%71,4)	0,289

Tablo 1. Preoperatif Double J stent takılan ve takılmayan hastaların karşılaştırılması

SB-47) POSTERİOR ÜRETRAL VALVLİ İNFANTLARDA PURK SKORU İLE RENAL FONKSİYON TRENDİ İLİŞKİSİ: TEK MERKEZ ÖN SONUÇLAR

MEHMET GÜRKAN ARIKAN(1) EMİRHAN YALÇIN(1) İSMAİL ÖNDER YILMAZ(1) NEBİL AKDOĞAN(1) MUTLU DEĞER(1) TUNAHAN ATEŞ(2) NİHAT SATAR(1)

1. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ
2. DEFNE DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Yakın zamanda geliştirilen Posterior Urethral Valve Risk of Chronic Kidney Disease (PURK) skoru, uzun dönem böbrek fonksiyon kaybı açısından risk sınıflaması sağlayan yeni bir prognostik araçtır. PURK skorunun klinik kullanım alanını genişletebilmek için farklı kohortlarda doğrulanması ve erken dönem böbrek fonksiyonlarının seyri ile uzun dönem renal sonuçlarla ilişkisinin ortaya konulması önem taşımaktadır.
Bu çalışmanın amacı, posterior üretral valv ablasyonu uygulanan infantlarda PURK skorunun yaşamın ilk yılındaki böbrek fonksiyon seyri ile ilişkisine yönelik ön sonuçları sunmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

2003-2026 yılları arasında merkezimizde posterior üretral valv nedeniyle endoskopik ablasyon uygulanan infantlar retrospektif olarak değerlendirildi. Bir aydan büyük hastalar ile çoklu sistem tutulumu bulunan sendromik olgular çalışma dışı bırakıldı. Demografik ve klinik veriler ile PURK skorları hesaplandı. PURK skoru ile başvuru kreatinini, 72. saat kreatinini, pik kreatinin, 6. hafta, 3., 6. ve 12. ay kreatinin değerleri, nadir kreatinin, birinci yıl glomerüler filtrasyon hızı (GFR) ve son takip kronik böbrek hastalığı (KBH) evresi arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya 20 infant dahil edildi. Ortanca takip süresi 84.1 (IQR:36-103.2) ay olarak saptandı. Hastaların %50'si yüksek, %30'u orta ve %20'si düşük PURK risk grubunda yer aldı. Antenatal tanı oranı %65, yüksek dereceli vezikoüreteral reflü oranı %55 ve ultrasonografik renal displazi oranı %80 idi. PURK skoru 72. saat kreatinin düzeyi (?=0.604, p=0.010) ve pik kreatinin düzeyi (?=0.570, p=0.011) ile orta düzeyde pozitif korelasyon gösterdi. Buna karşın PURK skoru ile 3., 6. ve 12. ay kreatinin değerleri, nadir kreatinin, birinci yıl GFR arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (tüm p>0.05). PURK risk grupları ile son takip KBH evresi arasında da anlamlı ilişki izlenmedi (p=0.49).

SONUÇ

Ön sonuçlarımıza göre PURK skoru bu dış doğrulama kohortunda hastalığın erken dönem şiddetini yansıtan serum kreatinin parametreleri ile anlamlı ilişki gösterirken, ilk yıl böbrek fonksiyonları ve uzun dönem KBH evresi ile ilişki göstermedi. Bu bulgular PURK skorunun erken klinik ciddiyeti yansıttığını, ancak uzun dönem renal prognoz açısından daha geniş örneklemli ve uzun süreli takip çalışmalarına ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

SB-48) PEDİATRİK PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE CERRAHİ BAŞARI TANIMININ SONUÇLARA ETKİSİ: TAŞSIZLIK VE KOMPLİKASYONSUZ TAŞSIZLIĞIN DEĞERLENDİRİLMESİ

BÜLENT ÖNAL(1) GÖKTUĞ KALENDER(2) MUSTAFA MACIT(1) BERK YILMAZ(1) ELİF ALTINAY KIRLI(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. BEYKOZ DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Perkütan nefrolitotomi (PNL), büyük ve kompleks pediatrik böbrek taşlarının tedavisinde etkili bir yöntemdir. Ancak cerrahi başarı çoğunlukla yalnızca taşsızlık üzerinden tanımlanmakta, komplikasyonlar göz ardı edilmektedir. Bu çalışmada cerrahi başarının "komplikasyonsuz taşsızlık" kavramıyla yeniden değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Toplam 283 renal ünite retrospektif olarak değerlendirildi. Postoperatif birinci ay ultrasonografisinde rezidüel taş saptanmaması taşsızlık olarak kabul edildi. Cerrahi başarı; (1) yalnızca taşsızlık ve (2) taşsızlıkla birlikte perioperatif veya postoperatif komplikasyon gelişmemesi olarak tanımlandı. Gruplar demografik, taş ve perioperatif özellikler açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR

Taşsızlık başarı kriteri olarak kabul edildiğinde başarı oranı %78,8 (223/283) idi. Başarı; taş lokalizasyonu, geçirilmiş renal cerrahi öyküsü, taş hacmi, dilatasyon yöntemi, maksimum akses çapı, operasyon süresi ve Guy’s taş skoru ile ilişkili bulundu (tümü $p<0,05$). Komplikasyonsuz taşsızlık tanımı kullanıldığında başarı oranı %64,3’e (182/283) geriledi. Bu değerlendirmede taş lokalizasyonu, taş hacmi, Guy’s taş skoru, akses yapılan kaliks, maksimum akses çapı ve operasyon süresi anlamlı belirleyicilerdi (tümü $p<0,01$). Özellikle multiple kaliks aksesinin başarısız grupta daha sık görülmesi dikkat çekti.

SONUÇ

Cerrahi başarının yalnızca taşsızlık üzerinden değerlendirilmesi, perioperatif morbiditeyi göz ardı ederek gerçek başarı oranını olduğundan yüksek gösterebilir. Başarı tanımına komplikasyonsuzluğun eklenmesiyle başarı oranı %78,8'den %64,3'e düşmüş ve başarı ile ilişkili belirleyiciler değişmiştir. Guy's taş skoru her iki başarı tanımında da cerrahi başarı ile ilişkisini korurken, akses yapılan kaliks yalnızca komplikasyonsuz taşsızlık değerlendirmesinde anlamlı bulunmuş ve cerrahi tekniğin komplikasyon gelişimi üzerindeki etkisini göstermiştir. Komplikasyonsuz taşsızlık; taş yükünü, cerrahi kompleksiteyi ve perioperatif süreci birlikte yansıtan daha kapsamlı bir başarı tanımıdır. Bu nedenle gelecekteki pediatrik PNL çalışmalarında cerrahi başarının değerlendirilmesinde standart bir başarı kriteri olarak kullanılması düşünülebilir.

Tablo 1. PNL Yapılan Çocuk Hastalarda Taşsızlığa Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi

	Gruplar		
	Başarısız (n=60)	Başarılı (n=223)	p değeri
Yaş (yıl)	8 (5-15)	7 (3-13)	0.053 a
Cinsiyet			0.558 b
Kız	25 (41.7)	93 (41.7)	
Erkek	35 (58.3)	130 (58.3)	
Taraf			0.186 b
Sağ	24 (40)	106 (47.5)	
Sol	36 (60)	117 (52.5)	
Lokalizasyon			**< 0.001 b**
Üst Üreter/Pelvis	4 (6.7)	35 (15.7)	
Kaliksler (Üst/Orta/Alt)	3 (5)	56 (25.1)	
Parsiyel Staghorn	6 (10)	12 (5.4)	
Staghorn	20 (33.3)	32 (14.3)	
Multiple	27 (45)	88 (39.5)	
Geçirilmiş Parankimal Cerrahi	24 (40)	61 (27.4)	**0.043 b**
Renal Anomali	2 (3.3)	4 (1.8)	0.386 c
Taş Hacmi (cm3)	4 (3-5)	3 (2.5-5)	**0.014 a**
Guy's Taş Skoru			**< 0.001 b**
I	5 (8.3)	64 (28.7)	
II	23 (38.3)	97 (43.5)	
III	12 (20)	24 (10.8)	
IV	20 (33.3)	38 (17)	
Access Yapılan Kaliks			0.302 b
Üst	12 (20)	54 (24.2)	
Orta	11 (18.3)	41 (18.4)	
Alt	23 (38.3)	98 (43.9)	
Multiple	14 (23.3)	30 (13.5)	
Kot Hattına Göre Access			0.527 b
Subkostal	43 (71.7)	161 (72.2)	
İnterkostal	17 (28.3)	62 (27.8)	
Dilatasyon			**0.045 a**
Balon	18 (30)	44 (19.7)	
Amplatz	42 (70)	179 (80.3)	
Maksimum Akses Çapı	24 (22-26)	20 (20-26)	**< 0.001 a**
Operasyon Süresi (dk)	120 (90-160)	97.5 (66-128)	**0.014 a**
Clavien-Dindo Kompliasyon			1 b
yok	51 (85)	190 (85.2)	
I	1 (1.7)	5 (2.2)	
II	6 (10)	22 (9.9)	
III	2 (3.3)	6 (2.7)	
SATAVA			0.442 b
yok	50 (83.3)	201 (90.1)	
I	10 (16.7)	20 (9.1)	
II	0 (0)	1 (0.4)	
III	0 (0)	1 (0.4)	

a: Mann-Whitney -U, b: Chi-Square, c: Fisher' s Exact

Tablo 2. PNL Yapılan Çocuk Hastalarda Komplikasyonsuz Taşsızlığa Etki Eden Faktörlerin Değerlendirmesi

	Gruplar		
	Başarısız (n=101)	Başarılı (n=182)	p değeri
Yaş (yıl)	6 (3-14)	8 (3-13)	0.665 a
Cinsiyet			0.363 b
Kız	44 (43.6)	74 (40.7)	
Erkek	57 (56.4)	108 (59.3)	
Taraf			0.166 b
Sağ	42 (41.6)	88 (48.4)	
Sol	59 (58.4)	94 (51.6)	
Lokalizasyon			**0.002 b**
Üst Üreter/Pelvis	11 (10.9)	28 (15.4)	
Kaliksler (Üst/Orta/Alt)	10 (9.9)	49 (26.9)	
Parsiyel Staghorn	8 (7.9)	10 (5.5)	
Staghorn	27 (26.7)	25 (13.7)	
Multiple	45 (44.6)	70 (38.5)	
Geçirilmiş Parankimal Cerrahi	35 (34.7)	50 (27.5)	0.130 b
Renal Anomali	2 (2)	4 (2.2)	0.640 c
Taş Hacmi (cm3)	4 (3-6)	3 (2.5-5)	**<0.001 a**
Guy's Taş Skoru			**< 0.001 b**
I	16 (15.8)	53 (29.1)	
II	37 (36.6)	83 (45.6)	
III	19 (18.8)	17 (9.3)	
IV	29 (28.7)	29 (15.9)	
Access Yapılan Kaliks			**0.004 b**
Üst	18 (17.8)	48 (26.4)	
Orta	17 (16.8)	35 (19.2)	
Alt	40 (39.6)	81 (44.5)	
Multiple	26 (25.7)	18 (9.9)	
Kot Hattına Göre Access			0.229 b
Subkostal	76 (75.2)	128 (70.3)	
İnterkostal	25 (24.8)	54 (29.7)	
Dilatasyon			0.156 a
Balon	26 (25.7)	36 (19.8)	
Amplatz	75 (74.3)	146 (80.2)	
Maksimum Akses Çapı	24 (20-26)	20 (20-26)	**<0.001 a**
Operasyon Süresi (dk)	120 (90-150)	90 (60-126)	**0.002 a**

a: Mann-Whitney -U, b: Chi-Square, c: Fisher' s Exact

SB-49) HİPOSPADİAS HASTALARINDA PROTEİN YAPISINI VEYA FONKSİYONUNU BOZABİLECEK YENİ BİR SRD5A2 GEN MUTASYONU : P.D143N MUTASYONU

REŞAT MERT ÇİFTCİ(1) MUHAMMET ŞAHİN BAĞBANCI(2) ELİF SEVİM(2)

1. ANTALYA ŞEHİR HASTANESİ
2. KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Hipospadias, erkek çocuklarda 150 ila 300 canlı doğumda bir görülme sıklığıyla en sık genital anomalilerden biridir. Etiyolojisinde genetik faktörlerin önemli rolü vardır. Bu çalışmada, hipospadias hastalarında SRD5A2 gen mutasyonlarının görülme sıklığının araştırılması ve novel varyantların belirlenmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

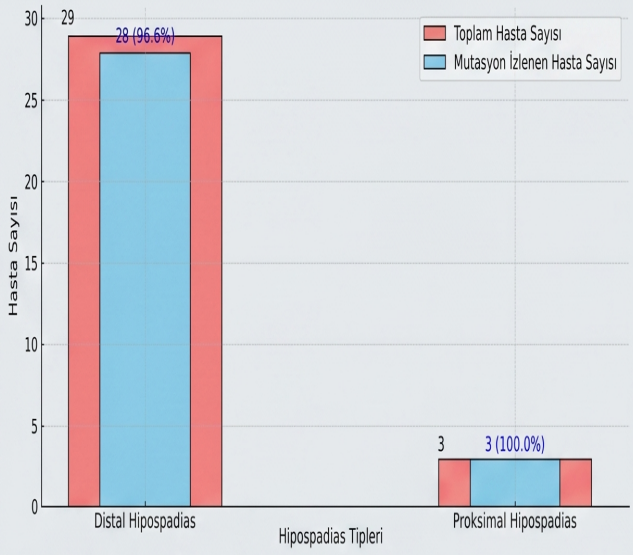
Bu çalışmaya, Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Polikliniğine başvuran 32 hipospadias hastası dahil edildi. Hastalardan alınan periferik kan örneklerinden DNA izolasyonu yapılarak SRD5A2 geninin tüm ekzonları PCR ve dizi analizi yöntemiyle incelendi. GenBank veritabanında bulunan referans gen ve protein dizisi kontrol grubu olarak kullanıldı. Saptanan varyantların potansiyel patojenik etkileri PolyPhen-2 yazılımı kullanılarak in silico olarak değerlendirildi.

BULGULAR

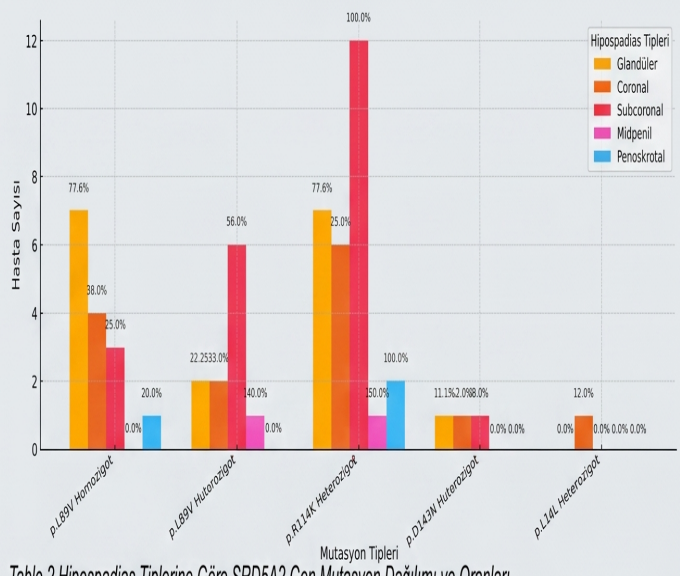
Çalışmaya dahil edilen 32 hastanın 31'inde (%96.9) SRD5A2 geninde en az bir mutasyon saptandı. Bu analizlerde en sık görülen varyant p.R114K heterozigot (%78.1) olup bunu p.L89V homozigot (%43.8) ve p.L89V heterozigot (%31.3) varyantları izledi. Ayrıca p.D143N heterozigot (%9.4) ve p.L70L heterozigot (%3.1) varyantları tespit edildi. Distal hipospadias grubunda mutasyon sıklığı daha yüksek bulunurken, proksimal hipospadias olgularında varyant dağılımı daha sınırlıydı. Bu varyantlar içerisinde "p.R114K" ve "p.D143N" varyantlarının literatürde daha önce bildirilmemiş yeni varyantlar olduğu ve özellikle p.D143N varyantının protein yapısını değiştirerek potansiyel patojenik özellik gösterebileceği değerlendirildi.

SONUÇ

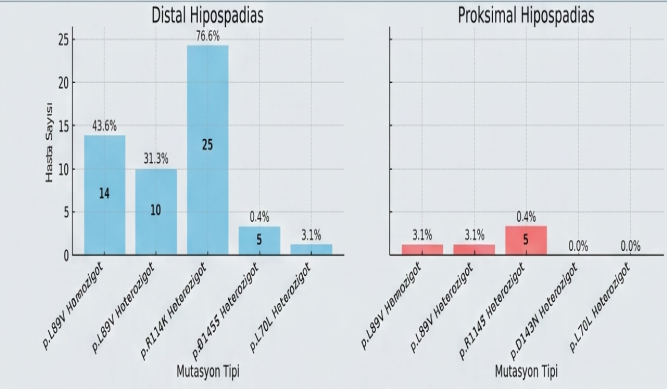
SRD5A2 geninde saptanan varyantlar hipospadiasın genetik etiyolojisinde önemli rol oynamaktadır. Çalışmamızda tanımlanan p.R114K ve p.D143N varyantları, daha önce literatürde tanımlanmamış ve Türk popülasyonunda hipospadias gelişimine sebep olabilecek yeni genetik değişiklikler olarak saptanmışlardır. Daha geniş hasta serileri ile yapılacak genetik analizler bu varyantların klinik öneminin daha iyi ortaya konmasını sağlayacaktır.



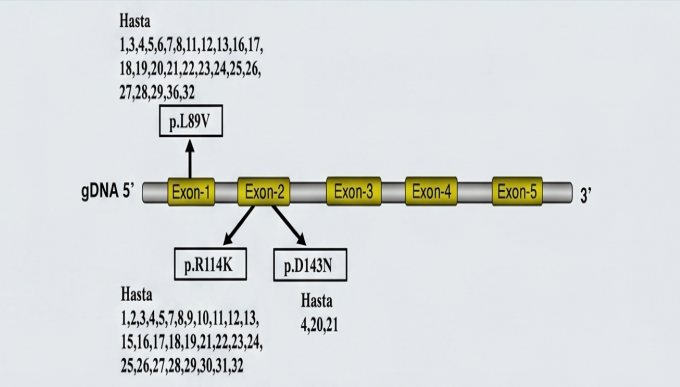
Tablo 1 Proksimal ve Distal hipospadias tiplerinde hasta dağılımı



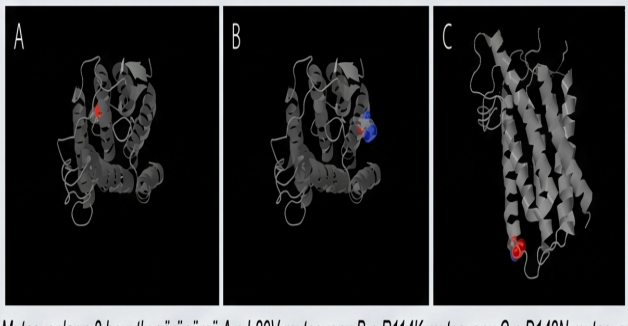
Tablo 2 Hipospadias Tiplerine Göre SRD5A2 Gen Mutasyon Dağılımı ve Oranları



Tablo 3 Distal ve Proksimal Hipospadias Tiplerinde SRD5A2 Mutasyon Profili



Resim 1 SRD5A2 geninde tespit edilen yanlış anlamlı mutasyon lokalizasyonlarını gösteren şematik diagram



Resim 2 Mutasyonların 3 boyutlu görünümü A p.L89V mutasyonu B p.R114K mutasyonu C p.D143N mutasyonu

SB-50) KRİPTORŞİDİZMLİ OLGULARDA TAM KAN SAYIMI İNFLAMATUVAR BELİRTEÇLERİNİN ANATOMİK LOKALİZASYON VE TESTİKÜLER HACİM İLE İLİŞKİSİ

MEHMET GÜRKAN ARİKAN(1) TUNAHAN ATEŞ(2) İSMAİL ÖNDER YILMAZ(1) NEBİL AKDOĞAN(1) MUTLU DEĞER(1) SEVİNÇ PUREN YUCEL(3) REŞAT JAFAROV(1) NİHAT SATAR(1)

1. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ, ÜROLOJI ANABILIM DALI, ADANA
2. DEFNE DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, HATAY
3. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, BİYOİSTATİSTİK ANABILIM DALI, ADANA

AMAÇ

Kriptorşidizm lokal hipoksi ve inflamasyonla ilişkilendirilmektedir. Bu çalışmada, kriptorşidizmli çocuklarda tam kan sayımı (TKS) inflamatuvar belirteçlerinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması, testis hacmi ve anatomik lokalizasyon ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Unilateral palpabl kriptorşidizm nedeniyle orşiopeksi yapılan 47 çocuk ile yaş uyumlu 94 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. Bilinen sistemik hastalığı, geçirilmiş cerrahisi, çift taraflı veya impalpabl hastalığı olanlar dışlandı. Preoperatif TKS parametreleri (NLR, PLR, MLR, RDW, MPV) ile ultrasonografik etkilenen/karşı testis hacim oranları kaydedildi. Testisler cerrahi olarak proksimal, orta ve distal inguinal sınıflandırıldı; ikincil analizde Proksimal+Orta ve Distal olarak iki gruba ayrıldı. İstatistiki analizlerde Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U ve Spearman testleri kullanıldı ($p<0,05$ anlamlı kabul edildi).

BULGULAR

Kriptorşidizm ve kontrol grupları arasında TKS parametreleri açısından fark saptanmadı ($p>0,05$). Hacim oranı ile inflamatuvar belirteçler korele değildi. Üçlü anatomik sınıflamada NLR anlamlı farklılık gösterdi ($p=0,033$). İkincil analizde (Proksimal+Orta vs. Distal); Distal grupta NLR [1,05 (0,86–1,39)'e karşın 0,76 (0,49–1,06), $p=0,020$] ve PLR [110,8 (88,7–134,9)'e karşın 83,9 (50,6–101,9), $p=0,020$] anlamlı yüksek, hacim oranı ise anlamlı düşük bulundu [0,84 (0,46–1,14)'e karşın 1,23 (0,72–1,63), $p=0,045$]. Distal olgulardaki daha yüksek ameliyat yaşı eğilimi [5,0 (2,8–8,0)'e karşın 2,5 (1,0–8,0) ay, $p=0,243$] , artmış inflamatuvar yanıtı ve hacim kaybını açıklayabilecek olası bir faktör olarak değerlendirildi. Distal inguinal bölgedeki inmemiş testislerin vücut sıcaklığına ve mekanik basıya daha uzun süre maruz kalmasının, mikrosirkülasyonda iskemi-reperfüzyon benzeri olayları tetikleyerek lokal sitokin salınımını ve dolayısıyla periferik NLR/PLR artışını uyarabileceği değerlendirildi. Ayrıca göreceli testis hacmindeki azalmanın, bu uzamış inflamatuvar süreç ve parankimal atrofi ile ilişkili olabileceği öngörüldü.

SONUÇ

TKS kaynaklı inflamatuvar belirteçler kriptorşidizmli çocukları sağlıklı kontrollerden ayırt etmede yetersiz görünmektedir. Bununla birlikte, distal yerleşimli inmemiş testislerde daha yüksek NLR ve daha düşük göreceli testis hacmi saptanması, periferik inflamatuvar yanıtın testisin anatomik özellikleriyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Distal grupta ameliyat yaşının daha yüksek olma eğilimi, bu bulgunun olası açıklamalarından biri olabilir. Kontrol grubunun aktif inflamasyonu olmayan, tek tip cerrahi (sünnet) geçiren homojen bir popülasyondan seçilmesi çalışmanın metodolojik gücünü artırmıştır. Tek merkezli ve retrospektif tasarım ile sınırlı hasta sayısı çalışmanın temel kısıtlılığıdır.Bu sonuçların daha geniş hasta serilerinde ve prospektif çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

-	Kontrol (n=94)	Kriptorşidizm (n=47)	p
Yaş	4.0 (0-7.0)	4.0 (0-8.0)	0.801
RDW	13.9(13.3-14.9)	13.8(13.1-14.4)	0.449
MPV	9.4±1.1	9.2±1.1	0.334
NLR	0.82(0.53-1.22)	0.87(0.51-1.10)	0.903
PLR	91.4(62.5-116.9)	91.3(66.4-121.6)	0.963
MLR	0.16(0.12-0.21)	0.16(0.12-0.20)	0.929

Kriptorşidizm ve kontrol grupları arasındaki demografik özelliklerin ve hematolojik inflamatuar belirteçlerin karşılaştırılması *Veriler ortalama ± standart sapma veya medyan (IQR) olarak ifade edildi.

	Lokalizasyon			p
	Proksimal (n=18)	Middle (n=15)	Distal (n=14)	
Yaş	2.5(0-7.3)	2.5(0-8.0)	5.0(0-8.0)	0.506
Etkilenen taraf, n(%)				0.373
Sol	13(72.2)	8(53.3)	7(50.0)	
Sağ	5(27.8)	7(46.7)	7(50.0)	
RDW	13.7(13.1-14.6)	14.0(13.2-14.8)	13.8(13.1-14.5)	0.917
MPV	9.7(9.3-10.5)	8.7(8.2-9.8)	8.7(8.2-9.9)	0.080
NLR	0.7(0.5-0.9)	0.9(0.5-1.3)	1.0(0.9-1.4)	**0.033**
PLR	85.8(57.7-97.3)	80.8(48.7-122.0)	110.8(88.7-134.9)	0.066
MLR	0.14(0.09-0.19)	0.16(0.11-0.22)	0.17(0.15-0.22)	0.146
Etkilenen testis hacmi	0.47(0.29-0.75)	0.68(0.32-0.73)	0.58(0.38-0.72)	0.450
Karşı taraf testis hacmi	0.53(0.41-0.96)	0.56(0.42-0.81)	0.48(0.30-0.66)	0.497
Etkilenen testisin karşı taraftaki testise hacim oranı	1.28(0.86-1.68)	0.92(0.70-1.60)	0.84(0.46-1.14)	0.071

SB-51) ÇOCUKLUK ÇAĞI ENÜREZİS ÖYKÜSÜ İLE ERİŞKİN DÖNEM AŞIRI AKTİF MESANE SEMPTOMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

KADER ADA DOĞAN(1) CEYHUN ÖZDEMİROĞLU(1) ONUR CAN ÖZKAN(1) SELÇUK YÜCEL(2) HAYDAR KAMİL ÇAM(2) TUFAN TARCAN(2) ÇAĞRI AKIN ŞEKERCİ(2)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Aşırı aktif mesane (AAM); sıkışma hissi, işeme sıklığında artış, noktüri ve sıkışma tipi üriner inkontinans ile karakterize, yaygın görülen bir klinik tablodur. AAM semptomları olan yetişkinlerde, çocukluk döneminde noktürnal enürezis daha sık görüldüğü ile ilgili raporlar olsa da bu konu ile ilgili çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Bu çalışma, çocuklukta enürezis öyküsünün erişkin dönemde daha şiddetli bir AAM semptom profiline yol açıp açmadığını araştırmayı amaçlamaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu prospektif kohort çalışması, Haziran 2025–Mayıs 2026 tarihleri arasında üroloji polikliniğine başvuran ve Uluslararası Kontinans Derneği kriterlerine göre aşırı aktif mesane (AAM) tanısı konulan, daha önce tedavi almamış 780 hastayı kapsamaktadır. Katılımcılar, çocukluk çağında öz-bildirime dayalı enürezis öyküsünün varlığına göre iki gruba ayrılmıştır. İdrar yolu enfeksiyonu, nörolojik hastalık, kontrolsüz diyabet ve mesane çıkım obstrüksiyonu dışlama kriterleri olarak belirlenmiştir. Tüm hastalara üroflowmetri ve ultrasonografi uygulanmış, ayrıca 3 günlük işeme günlüğü tutulmuş ve geçerli Türkçe versiyonlarıyla ICIQ-OAB ve OAB-V8 ölçekleri kullanılmıştır. İstatistiksel analizde Mann–Whitney U testi tercih edilmiş, $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Katılımcıların %50,8'i kadın, %49,2'si erkek olup cinsiyet dağılımı dengelidir. Komorbiditeler arasında hipertansiyon (%24,1), diabetes mellitus (%12,4), koroner arter hastalığı (%6,5) ve depresyon (%8,8) yer almaktadır. Olguların %63,6'sında çocukluk çağı enürezis öyküsü bulunmuş, bu oran kadın ve erkekler arasında benzer saptanmıştır ($p=0,635$). Yaş, semptom başlangıç yaşı ve vücut kitle indeksi açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark izlenmemiştir.

Çocukluk çağı enürezis öyküsü bulunan bireylerde OAB-V8 ve ICIQ skorları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuş ($p<0,001$), bu durum daha şiddetli AAM ve üriner inkontinans semptomlarına işaret etmiştir. Üroflowmetride bu grupta maksimum akım hızı (Qmax) daha düşük saptanmış ($p=0,002$), ancak postvoid rezidü açısından fark bulunmamıştır ($p=0,145$). Alt grup analizlerinde kadınlarda enürezis öyküsü; işeme sıklığı, urgency, noktüri, urge inkontinans ve tüm skorlarla anlamlı artış ilişkisi göstermiştir ($p<0,01$). Erkeklerde ise günlük işeme sayısı dışında tüm semptom parametreleri enürezis öyküsü olan grupta daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Semptom başlangıç yaşı benzer olmasına rağmen ($p=0,498$), enürezis öyküsü olanlarda işeme sıklığı, urgency, urge inkontinans ve noktüri anlamlı düzeyde artmıştır (tüm karşılaştırmalar için p?0,001).

SONUÇ

Sonuç olarak, çocukluk çağı enürezis öyküsü erişkin dönemde AAM semptom şiddeti ile anlamlı şekilde ilişkilidir. Bu bireylerde daha yüksek semptom skorları ve daha belirgin klinik bulgular izlenmektedir. Bulgular, çocukluk çağı alt üriner sistem disfonksiyonlarının erişkin dönemde devam edebileceğini veya yeniden ortaya çıkabileceğini düşündürmekte; bu nedenle erişkin hastaların değerlendirilmesinde enürezis öyküsünün sorgulanmasının klinik açıdan önemli olabileceğini ortaya koymaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik ve Klinik Özellikleri

Değişken	Enürezis (-) (n=284)	Enürezis (+) (n=496)	p değeri
Kadın, n (%)	141 (%49,6)	255 (%51,4)	-
Erkek, n (%)	143 (%50,4)	241 (%48,6)	-
Semptom başlama yaşı (ortanca, min–maks)	41,50 (18–71)	40,00 (18–73)	0,498
OAB-V8 (ortanca, min–maks)	18 (8–31)	21 (9–34)	**<0,001**
ICIQ (ortanca, min–maks)	7 (3–15)	8 (3–15)	**<0,001**
Günlük idrara çıkma sayısı (ortanca, min–maks)	8 (6–16)	9 (6–16)	**<0,001**
Urgency sayısı (ortanca, min–maks)	4 (1–9)	6 (2–11)	**<0,001**
Noktüri sayısı (ortanca, min–maks)	1 (0–4)	2 (0–6)	**<0,001**
Urge tip inkontinans (ortanca, min–maks)	1 (0–4)	3 (0–8)	**<0,001**

Not: Gruplar Mann–Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. OAB-V8=Overactive Bladder Questionnaire-V8; ICIQ=International Consultation on Incontinence Questionnaire.

Tablo 2. Kadın ve Erkek Alt Grup Analizleri

Değişken	Kadın Enürezis (-) (n=141)	Kadın Enürezis (+) (n=255)	p	Erkek Enürezis (-) (n=143)	Erkek Enürezis (+) (n=241)	p
Günlük idrara çıkma sayısı Medyan (Min–Maks)	8 (6–15)	9 (6–14)	0,004	9 (6–16)	9 (6–16)	0,077
Urgency sayısı Medyan (Min–Maks)	4 (1–9)	6 (2–9)	<0,001	4 (1–9)	5 (2–11)	<0,001
Noktüri sayısı Medyan (Min–Maks)	1 (0–4)	2 (0–6)	<0,001	1 (0–4)	2 (0–5)	<0,001
Urge tip inkontinans Medyan (Min–Maks)	1 (0–4)	3 (0–8)	<0,001	1 (0–4)	3 (0–7)	<0,001
OAB-V8 Medyan (Min–Maks)	18 (8–31)	21 (9–34)	<0,001	17 (8–31)	22 (9–34)	<0,001
ICIQ Medyan (Min–Maks)	7 (3–15)	8 (3–15)	0,002	7 (3–14)	8 (3–14)	<0,001

Not: Gruplar Mann–Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. OAB-V8=Overactive Bladder Questionnaire-V8; ICIQ=International Consultation on Incontinence Questionnaire.

SB-52) ÇOCUKLUK ÇAĞINDA SEMİ-RİJİT ÜRETEROSKOPİDE ENSTRÜMAN ÇAPININ ÖNEMİ

HACER OĞRAK(1) RABİA HİZARCI(1) BURAK ÇİTAMAK(2) HAYRUNNİSA HOROZCU(1) SERDAR TEKGÜL(1) HASAN SERKAN DOĞAN(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Bu çalışmada çocukluk çağında semi-rijit üreteroskopinin taşsızlık oranı ve komplikasyonlar açısından etkinlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi, ayrıca başarı ve komplikasyonları etkileyen bağımsız öngörücü faktörlerin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

2001–2023 yılları arasında tek merkezde gerçekleştirilen, 238 renal ünitede uygulanan toplam 243 semi-rijit üreteroskopi işlemi retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş ve cinsiyeti, daha önce girişim uygulanıp uygulanmadığı, preoperatif ve postoperatif çift J stent kullanımı, taş boyutu, sayısı ve lokalizasyonu, kullanılan enstrüman çapı, litotripsi yöntemi, postoperatif taşsızlık durumu ve komplikasyonlar değerlendirildi. Başarı ve komplikasyonları etkileyen faktörler tek değişkenli ve çok değişkenli analizlerle incelendi.

BULGULAR

Çalışmaya 243 işlem dahil edildi. Operasyon sırasındaki ortalama yaş 71,6 ay (7–204 ay) idi. Hastaların %70'inde distal üreter taşı, %78,2'sinde ise tek taş mevcuttu. Ortalama taş sayısı 1,42, ortalama taş boyutu ise 7,58 mm (1–22 mm) olarak bulundu. Tek seansta taşsızlık oranı %87,7 idi. Tek değişkenli analizde distal üreter yerleşimi (%90,5'e karşı %71,4; proksimal taşlar) ve tek taş varlığı (%90'a karşı %79,2; çoklu taşlar) daha yüksek taşsızlık oranı ile ilişkili bulundu. Ancak çok değişkenli analizde bağımsız anlamlı faktör saptanmadı. İntraoperatif komplikasyon oranı %2,05 olup tüm komplikasyonlar üreter perforasyonuydu. Postoperatif komplikasyon oranı %4,5 olup tamamı piyelonefrit olarak izlendi. Çoklu taş varlığı intraoperatif komplikasyonlarla ilişkili tek bağımsız öngörücü faktör olarak saptandı (p=0,037), ancak çok değişkenli analizde anlamlılığını korumadı. Postoperatif komplikasyon oranları taş lokalizasyonu ve kullanılan enstrüman çapı (4,5F ve 8F) ile anlamlı olarak ilişkili bulundu.

SONUÇ

Semi-rijit üreteroskopi, çocukluk çağında üreter taşlarının tedavisinde yüksek başarı oranına sahip, etkili ve güvenilir bir yöntemdir. Proksimal üreter taşlarında taşsızlık oranının daha düşük ve komplikasyon riskinin daha yüksek olması nedeniyle uygun hastalarda fleksibl üreteroskopi tercih edilmelidir. Ayrıca komplikasyon oranlarını azaltmak için uygun çapta enstrüman seçimi büyük önem taşımaktadır.

SB-53) PEDİATRİK RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİDE İNTRAOPERATİF AMİKASİNLİ İRRİGASYONUN ERKEN POSTOPERATİF ENFEKSİYÖZ KOMPLİKASYONLAR ÜZERİNE ETKİSİ: İKİ MERKEZLİ RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

LEVENT TURAN(1) MEHMET MESUT PİŞKİN(2) ONUR KAYGISIZ(1)

1. BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Retrograd intrarenal cerrahi (RIRS) sonrasında enfeksiyöz komplikasyonlar, steril preoperatif idrar kültürü ve standart antibiyotik profilaksisine rağmen çocuk hastalarda önemli bir morbidite nedenidir. Bu çalışmada, enfeksiyon açısından riskli pediatrik böbrek taşı hastalarında RIRS sırasında irrigasyon sıvısına amikasin eklenmesinin postoperatif enfeksiyöz komplikasyonlar üzerindeki etkisi değerlendirildi.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu iki merkezli retrospektif çalışmaya, postoperatif enfeksiyon açısından en az bir risk faktörüne (preoperatif idrar yolu enfeksiyonu, JJ stent varlığı, evre 3–4 hidronefroz veya ?2 cm taş) sahip 159 pediatrik hasta dahil edildi. Kırk yedi hastaya RIRS sırasında irrigasyon sıvısına 3000 mL serum fizyolojik içerisine 500 mg amikasin eklenirken (amikasin grubu), 112 hasta standart irrigasyon ile opere edildi (kontrol grubu). Tüm hastalarda ameliyat öncesinde steril idrar kültürü sağlandı ve intravenöz seftriakson profilaksisi uygulandı. Birincil sonlanım noktası erken postoperatif ateş, ikincil sonlanım noktaları ise erken dönem idrar yolu enfeksiyonu (İYE), 1–6 ay arasındaki İYE, sistemik inflamatuvar yanıt sendromu (SIRS) ve hastanede yatış süresi olarak belirlendi. Postoperatif ateş ve yatış süresi için bağımsız risk faktörleri çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi.

BULGULAR

Toplam 159 pediatrik hastanın 47'si amikasin, 112'si kontrol grubunda yer aldı. Gruplar demografik özellikler açısından benzerdi; ancak taş boyutu ve preoperatif enfeksiyon oranı amikasin grubunda daha yüksekti (sırasıyla p=0.001 ve p=0.032). Buna rağmen primer sonlanım noktası olan erken postoperatif ateş, amikasin grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulundu (%4.3'e karşı %16.1, p=0.040). Sekonder sonlanım noktaları açısından erken dönem İYE (%27.7'ye karşı %41.1, p=0.110), 1–6 ay arasındaki İYE (%40.4'e karşı %34.8, p=0.503) ve SIRS görülme oranları gruplar arasında benzerdi. Hastanede yatış süresi ise amikasin grubunda anlamlı olarak daha kısaydı (2.68±2.16 gün vs. 3.51±3.31 gün, p=0.011). Çok değişkenli analizde intrarenal amikasin irrigasyonu, erken postoperatif ateş gelişimine karşı bağımsız koruyucu faktör (düzeltilmiş OR=0.094, %95 GA: 0.016–0.557; p=0.009) ve daha kısa hastanede yatış süresi ile bağımsız olarak ilişkili bulundu (ß=-0.287, p=0.012).

SONUÇ

RIRS sırasında irrigasyon sıvısına amikasin eklenmesi, belli enfeksiyon riskleri olan pediatrik hastalarda hem postoperatif ateşi azaltmakta hem de yatış süresini kısaltmaktadır. Kolay uygulanabilir, düşük maliyetli bu yaklaşım, enfeksiyon risk gruplarından en az birine sahip çocuklarda standart sistemik antibiyotik profilaksisine tamamlayıcı bir enfeksiyon önleme stratejisi olarak değerlendirilebilir.

-	amikasin grubu(n:47)	kontrol grubu(112)	p
Yaş, median(min-max)	9.0 (2.0–17.0)	6.0 (1.0–17.0)	0.61
Cinsiyet(kadın)	19(47.3%)	53(40.4%)	0.422
Taş tarafı (sol)	20(42.6%)	60(53.6%)	0,2
Taş boyutu	15.0 (4.0–40.0)	10.0 (5.0–30.0)	0.001
Hidronefroz derecesi	-	-	0,77
g 1-2	27 (57.4%)	62 (55.4%)	-
g 3-4	20 (42.6%)	50 (44.6%)	-
Op süre	60.0 (30.0–120.0)	60.0 (15.0–120.0)	0,2
Preop enf	29 (61.7%)	48 (42.9%)	0,03
Preop JJ	32(68.1%)	85(75.9%)	0.3
PO ateş erken	2 (4.3%)	18 (16.1%)	0.040
PO İYE ilk ay	13 (27.7%)	46 (41.1%)	0.110
1-6 AY İYE	19 (40.4%)	39 (34.8%)	0,503
Yatış(gün)	2.68 ± 2.16	3.51 ± 3.31	0,011

tablo 1 Hastaların Başlangıç Demografik ve Klinik Özellikleri

SB-54) YENİ METAL TEK KULLANIMLIK BİR KLEMP İLE SÜNNET (ALİSKLAMP® NERO M): 6000 HASTALIK PEDİATRİK SERİNİN KLİNİK SONUÇLARI

MECİT ÇELİK(1) NECİP FAZIL ARAS(2)

1. ERGANİ DEVLET HASTANESİ
2. ÖZEL MUAYENEHANE

AMAÇ

Alisklamp® Nero M; termokoter yardımlı eksizyona, cihazın işlem sonunda hemen çıkarılmasına ve standartlaştırılmış mukozal yaka uzunluğu oluşturulmasına olanak sağlayan yeni, metal ve tek kullanımlık bir sünnet cihazıdır. Bu çalışmada, geniş bir pediatrik hasta grubunda cihazın gerçek yaşam koşullarındaki güvenlilik profilinin ve komplikasyon oranlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

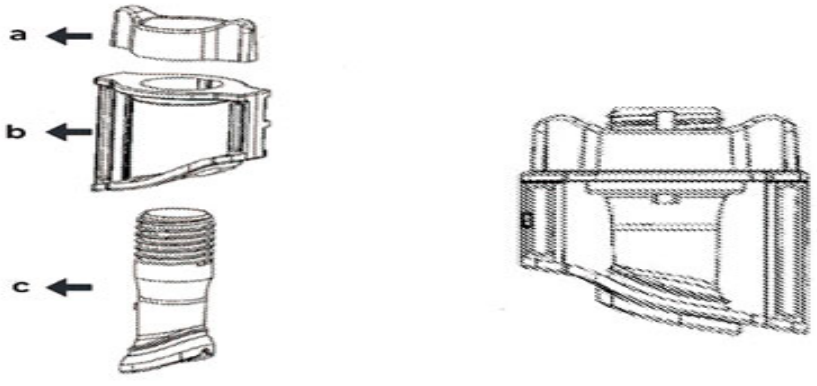
Bu retrospektif çalışmaya, Kasım 2020–Kasım 2025 tarihleri arasında Alisklamp® Nero M kullanılarak sünnet edilen, yaşları 1 ay ile 12 yıl arasında değişen 6000 erkek çocuk dahil edildi. Tüm işlemler, standartlaştırılmış lokal anestezi tekniği kullanılarak deneyimli tek bir cerrah tarafından gerçekleştirildi. Postoperatif takip, tam yara iyileşmesi sağlanıncaya kadar yapılandırılmış akıllı telefon tabanlı bir tele-tıp protokolü aracılığıyla yürütüldü. Birincil sonlanım noktası genel komplikasyon oranı, ikincil sonlanım noktası ise revizyon cerrahisi oranıydı.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 3,14±3,13 yıl idi. Takipten çıkan hasta olmadı. Toplam 130 komplikasyon (%2,16) görüldü. En sık komplikasyonlar yara ayrışması (%0,95) ve postoperatif kanama (%0,58) idi. Persistan kanama nedeniyle 5 ve sekonder fimozis nedeniyle 5 olmak üzere yalnızca 10 hastada (%0,16) revizyon cerrahisi gerekti. Diğer komplikasyonların tamamı konservatif olarak tedavi edildi ve tüm hastalarda tam mukokutanöz iyileşme sağlandı.

SONUÇ

Alisklamp® Nero M ile gerçekleştirilen sünnetlerde genel komplikasyon oranı düşük, revizyon cerrahisi gereksinimi ise oldukça nadir bulundu. Standartlaştırılmış eksizyon, cihazın işlem sonunda hemen çıkarılması ve yapılandırılmış tele-tıp takibi; yöntemin rutin pediatrik uygulamadaki güvenliğini, uygulanabilirliğini ve pratikliğini desteklemektedir.



Şekil 1. Alisklamp® Nero M cihazının şematik gösterimi.

Ayrıştırılmış ve monte edilmiş görünümler cihazın üç ana bileşenini göstermektedir: (a) dış klemp, (b) glansı koruyan iç tübüler bileşen ve (c) kilitleme vidası. Cihaz krom kaplı metal bir yapıdan üretilmiştir. Monte edilmiş görünüm, eksizyon sırasında glansı korurken prepisyumu sabitlemek amacıyla bileşenlerin nasıl bir araya geldiğini göstermektedir.

SB-55) POLİTANO-LEADBETTER ÜRETERONEOSİSTOSTOMİ ÖĞRENME EĞRİSİNDE MENTOR KATILIM DERECESİNİN CERRAHİ OTONOMİYE ETKİSİ

MEHMET GURKAN ARIKAN(1) NİHAT SATAR(1)

1. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ

AMAÇ

Politano-Leadbetter üreteroneosistostomisi (PL-UNC), üreterin doğal anatomik seyrini koruması ve özellikle ürolityazisin endemik olduğu bölgeler için gelecekte retrograd üreteral erişime olanak tanıması nedeniyle teknik açıdan hassas basamaklar içeren ve öğrenme süreci deneyim gerektiren tekniktir. Çalışmada PL-UNC olgularında öğrenme eğrisi sürecinde mentor katılımı ve cerrahi otonominin standart bir ölçek ile değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

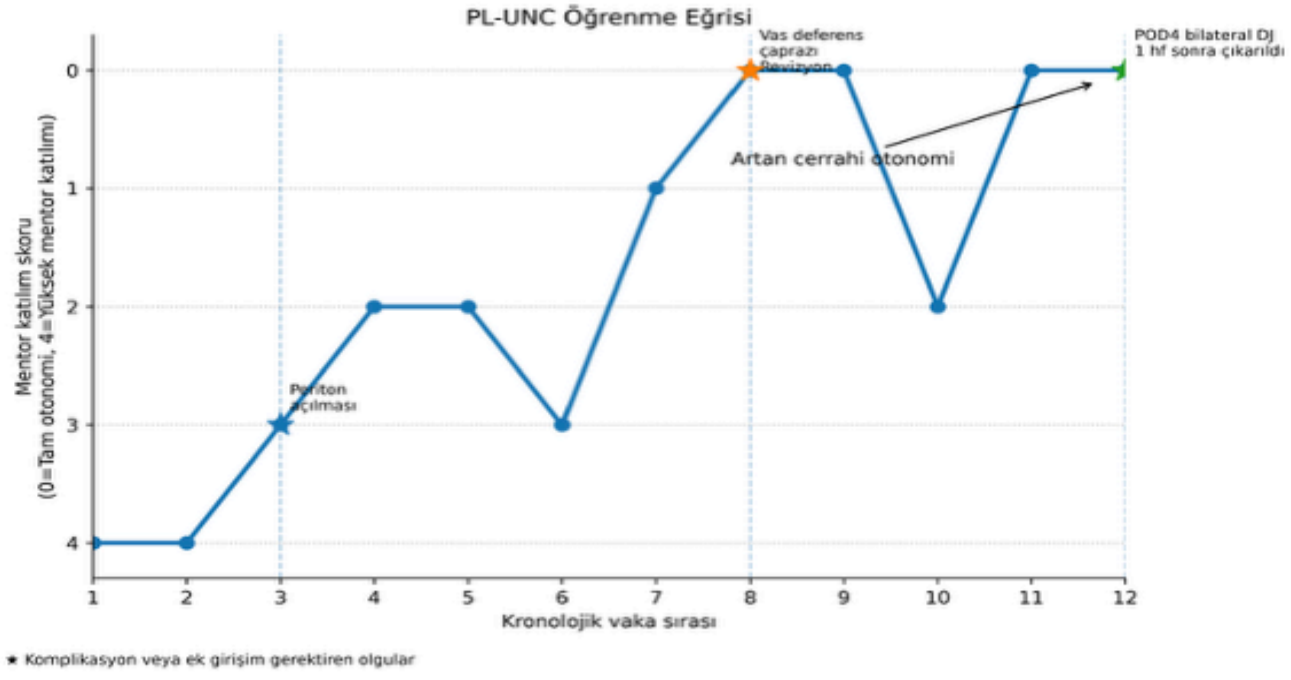
2025 Ekim-2026 Haziran tarihleri arasında pediatrik ürolojide 32 yıllık deneyime sahip mentor, pediatrik ürolojide UNC tecrübesi olmayan bir üroloji uzmanı tarafından PL-UNC uygulanan ardışık 16 pediatrik hasta retrospektif olarak incelendi. Tek taraflı PL-UNC yapılan, eş zamanlı üriner rekonstrüksiyon yapılan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Demografik özellikler, cerrahi endikasyonlar, operasyon tarafı, operasyon süresi, perioperatif bulgular, komplikasyonlar ve takip sonuçları kaydedildi. Mentorun cerrahi sırasındaki katılım düzeyini değerlendirerek cerrahın bağımsızlık düzeyini ölçen valide edilmiş Zwisch cerrahi otonomi ölçeği kullanılarak analiz edildi. Olgular kronolojik sıraya göre değerlendirilerek mentor katılımı, cerrahi performans ve komplikasyon profili arasındaki ilişki incelendi.

BULGULAR

Dahil edilen toplam 12 hastanın ortanca yaşı 90 (dağılım, 36-192) ay olup, 6'sı kız ve 6'sı erkekti. Tüm hastalara bilateral PL-UNC uygulanmış olup ortanca operasyon süresi 165 dk. ve takip süresi 7.5 (3-18) aydı. Mentor katılım skoru kronolojik olarak 4, 4, 3, 2, 2, 3, 1, 0, 0, 2, 0 ve 0 şeklinde ilerleyerek öğrenme süreci boyunca cerrahi otonomide belirgin artış olduğunu gösterdi (Şekil 1). Operasyon süresi kronolojik olgu sırası ile anlamlı negatif korelasyon gösterirken (Spearman ?=-0.691, p=0.013), operasyon süresinin CUSUM analizi, olgu deneyimi arttıkça operasyon verimliliğinde kademeli bir iyileşme eğilimi olduğunu gösterdi (Şekil 2). Mentor katılım skoru ile operasyon süresi arasında ise güçlü pozitif korelasyon izlendi (?=0.861, p<0.001). Üçüncü olguda peritoneal yaralanma nedeniyle intraoperatif ekstravezikal modifikasyon uygulandı. Sekizinci olguda vas deferens çaprazı nedeniyle postoperatif 4. günde reimplantasyon revize edilerek DJ stent yerleştirildi. Postoperatif dönemde 12. hastada flank ağrısı ve hidronefroz artışı nedeniyle yeniden girişimle sol DJ stent yerleştirildi. Takiplerde hiçbir hastada kalıcı obstrüksiyon, persistan/rekürren reflü izlenmedi.

SONUÇ

Politano-Leadbetter UNC gibi teknik açıdan zorlu prosedürlerde mentor katılımının standardize şekilde değerlendirilmesi, öğrenme eğrisinin yalnızca operasyon süresiyle değil, cerrahi otonomi gelişimiyle birlikte incelenmesine olanak sağlamaktadır. Bulgularımız, cerrahi bağımsızlığın zaman içerisinde kademeli olarak arttığını ve bunun hasta güvenliği ile erken dönem cerrahi sonuçlardan ödün vermeden gerçekleştirilebildiğini göstermektedir.



Şekil 1. Zwisch cerrahi otonomi skoruna göre öğrenme eğrisi.

SB-56) AŞIRI AKTİF MESANE VE İŞEME SONRASI ARTMIŞ REZİDÜEL İDRARI OLAN ÇOCUKLARDA ANTİKOLİNERJİK İLAÇ KULLANIMINDAN KAÇINMADA BİRİNCİ BASAMAK BİYOGERİBİLDİRİM TEDAVİSİNİN ROLÜ

YAKUP EMRE TEKİN(1) DEMET ORHAN(2) CEM AKBAL(2)

1. ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. ACIBADEM ALTUNİZADE HASTANESİ

AMAÇ

Artmış işeme sıklığı (>7/gün) ve sıkışma (urgency) ile karakterize, artmış işeme sonrası rezidüel idrar (PVR) hacminin eşlik ettiği alt üriner sistem disfonksiyonu, çocuk ürolojisinde karşılaşılan bir durumdur. Geleneksel yönetimde genellikle birinci basamak tedavi olarak davranışsal önlemlerin yanı sıra antikolinerjik ajanlar kullanılmaktadır; ancak uzun süreli kullanım, yan etkiler (rezidüel idrarda artış) ve tedaviye uyum sorunları ile ilişkilidir. Bu çalışma, biyogeribildirim (biofeedback) destekli pelvik taban rehabilitasyonunun başlangıç tedavisi olarak etkinliğini değerlendirmeyi ve bu yaklaşımın antikolinerjik ilaç ihtiyacını ortadan kaldırıp kaldıramayacağını araştırmayı amaçlamıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu prospektif çalışmaya, aşırı aktif mesane (AAM) ve yüksek PVR tanısı konan 30 çocuk dahil edilmiştir. Nörojenik mesane, spinal disrafizm veya anatomik anormallikleri olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Tüm katılımcılara standart üroterapiye ek olarak pelvik taban kas rehabilitasyonunu hedefleyen yapılandırılmış bir biyogeribildirim programı uygulanmıştır. İşeme günlükleri, üroflowmetri parametreleri ve PVR hacimleri tedavi öncesi ve sonrasında karşılaştırılmıştır. Birincil sonlanım noktası, biyofeedback sonrası semptomların düzelmesine bağlı olarak antikolinerjik başlanmasından kaçınılması; ikincil sonlanım noktası ise inatçı semptomlar nedeniyle antikolinerjik tedavi eklenmesine duyulan ihtiyaç olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya otuz çocuk (ortalama yaş 8.26 yıl; 13 erkek, 17 kız) dahil edilmiştir. Tedavi sonrasında, üroflowmetri parametrelerinde ve mesane boşaltım etkinliğinde anlamlı iyileşmeler gözlenmiştir. Ortalama maksimum akım hızı (Qmax) 16.13±10.64 mL/sn'den 18.58±6.35 mL/sn'ye yükselmiştir ($p=0.16$). Ortalama akım hızında (QAve) daha belirgin bir iyileşme kaydedilmiş olup, bu değer 6.44±2.63 mL/sn'den 10.03±3.38 mL/sn'ye çıkmıştır ($p<0.001$). Ortalama PVR 54.10±33.37 mL'den 24.33±9.84 mL'ye düşmüştür ($p<0.001$). Klinik olarak, 19 hasta (%63.3) sadece biyogeribildirim ile tam semptom rezolüsyonu sağlamış ve antikolinerjik ihtiyacı duymamışken; rezidü idrarda anlamlı düşüş sağlanan fakat yetersiz semptom iyileşmesi olmayan 11 hastada (%36.7) antikolinerjik ajan eklenmesi gerekmiştir.

SONUÇ

Biyogeribildirim destekli pelvik taban rehabilitasyonu, AAM ve yüksek PVR'si olan çocuklar için QAve ve PVR'de anlamlı iyileşmeler sağlayan etkili ve non-invaziv bir birinci basamak tedavi seçeneğidir. Bulgularımız, yapılandırılmış bir biyogeribildirim programının uygun şekilde seçilmiş hastaların %60'ından fazlasında antikolinerjik ilaç ihtiyacını ortadan kaldırabileceğini göstermektedir.

Parametre	Başlangıç	Biyofeedback Sonrası	P-Değeri
QAve (mL/sn)	6.44 ± 2.63	10.03 ± 3.38	< 0.001
PVR (mL)	54.10 ± 33.37	24.33 ± 9.84	< 0.001
Qmax (mL/sn)	16.13 ± 10.64	18.58 ± 6.35	0.16 (AD)

SONUÇLAR

SB-57) MAKROSKOPİK HEMATÜRİ NEDENİYLE TANISAL SİSTOSKOPİ UYGULANAN ÇOCUK HASTALARIN KLİNİK VE SİSTOSKOPİK BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

CEYHUN ÖZDEMİROĞLU(1) KASIM SEYİDOV(1) ONUR CAN ÖZKAN(2) İBRAHİM GÖKÇE(3) SELÇUK YÜCEL(1) HAYDAR KAMİL ÇAM(1) TUFAN TARCAN(1) ÇAĞRI AKIN ŞEKERCİ(2)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÜROLOJİ ANA BİLİM DALI
2. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK ÜROLOJİSİ BİLİM DALI
3. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÇOCUK NEFROLOJİSİ BİLİM DALI

AMAÇ

Makroskopik hematüri nedeniyle tanısal sistoskopi uygulanan çocuk hastaların klinik, laboratuvar, radyolojik ve sistoskopik bulgularını değerlendirmek ve sistoskopinin tanısal değerini ortaya koymaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Tek merkezli ve retrospektif olarak yapılan bu çalışmaya makroskopik hematüri nedeniyle tanısal sistoskopi uygulanan 25 çocuk hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, klinik başvuru bulguları, laboratuvar ve radyolojik inceleme sonuçları ile sistoskopik, histopatolojik ve nefrolojik bulguları değerlendirildi. Sürekli değişkenler dağılımlarına göre ortalama±standart sapma veya medyan (minimum–maksimum) olarak, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak sunuldu.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 25 hastanın 24'ü (%96) erkek, 1'i (%4) kız olup yaş ortalaması 10,24±4,06 yıl (4–18 yıl) idi. Kilo persentilinin medyan değeri 85 (15–97) olarak bulundu. Hastaların %80'inde makroskopik hematüri rekürren özellik gösterirken, %20'sinde tek atak mevcuttu. Ürolojik malignite açısından aile öyküsü 3 hastada (%12), taş öyküsü 3 hastada (%12), tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu öyküsü ise 2 hastada (%8) saptandı. Başvuru sırasında 6 hastada (%24) dizüri bulunurken, hiçbir hastada ateş izlenmedi. Bir hastada (%4) glomerülopati öyküsü mevcuttu. Radyolojik değerlendirmede 6 hastada (%24) hidronefroz saptanırken, diğer hastalarda üst üriner sistem görüntülemesi normaldi. İdrar kültürlerinin 21'i (%84) steril, 4'ü (%16) kontamine olup diğer hastalarda patojen mikroorganizma üremesi saptanmadı. Tam idrar tahlilinde 9 hastada (%36) hemoglobin pozitifliği, 6 hastada (%24) lökosit esteraz pozitifliği ve 3 hastada (%12) farklı derecelerde proteinüri saptandı. Nitrit testi yalnızca 1 hastada (%4) pozitifti. Tam idrar tahlilinde eritrosit sayısının medyan değeri 2 (0–4963), lökosit sayısının medyan değeri 1 (0–34) ve idrar pH'ının medyan değeri 6,0 (5,5–7,5) olarak bulundu. Ortalama hemoglobin düzeyi 12,96±1,63 g/dL, lökosit sayısı 7,47±2,04×10?/L, trombosit sayısı 284,88±73,17×10?/L ve serum kreatinin düzeyi 0,52±0,14 mg/dL idi. Sistoskopik değerlendirmede 7 hastada (%28) mesane patolojisi saptanırken, 18 hastada (%72) mesane mukozası normal olarak değerlendirildi. Üretral incelemede 2 hastada (%8) üretrit ve 3 hastada (%12) üretral stenoz (Sistokopun geçişine izin veren anuler darlık) tespit edildi. Toplam 13 hastadan (%52) biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede 12 hastada benign bulgular saptanırken, 1 hastada (%4) transizyonel hücreli karsinom tanısı konuldu.

SONUÇ

Makroskopik hematüri nedeniyle seçilmiş çocuk hastalarda tanısal sistoskopi, mesane ve üretral patolojilerin saptanmasında önemli tanısal katkı sağlamaktadır. Malignite nadir görülmekle birlikte, tekrarlayan veya nedeni açıklanamayan makroskopik hematürisi olan olgularda klinik açıdan anlamlı lezyonların ortaya konulmasına olanak sağlamaktadır. Bulgularımız, uygun hasta seçimi ile tanısal sistoskopinin çocukluk çağı makroskopik hematüri değerlendirme algoritmasında değerli bir yöntem olduğunu desteklemektedir.

DEĞİŞKEN	DEĞER
Klinik Özellikler	
Rekürren makroskopik hematüri	20 (80)
Tek atak makroskopik hematüri	5 (20)
Dizüri	6 (24)
Aile öyküsü (ürolojik malignite)	3 (12)
Glomerülopati	1 (4)
Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu	2 (8)
Hidronefroz	6 (24)
Taş öyküsü	3 (12)
Laboratuvar Bulguları	
Hemoglobin (g/dL), ortalama ± SS	12,96 ± 1,63
Kreatinin (mg/dL), ortalama ± SS	0,52 ± 0,14
İdrar eritrositi (/HPF), medyan (min–maks)	2 (0–4963)
İdrar lökositi (/HPF), medyan (min–maks)	1 (0–34)
İdrar pH, medyan (min–maks)	6,0 (5,5–7,5)
Hemoglobin pozitifliği	9 (36)
Lökosit esteraz pozitifliği	6 (24)
Nitrit pozitifliği	1 (4)
Proteinüri	3 (12)
Steril idrar kültürü	21 (84)
Kontamine kültür	4 (16)
Sistoskopik ve Histopatolojik Bulgular	
Üretral patoloji yok	20 (80)
Üretrit	2 (8)
Üretral stenoz	3 (12)
Biyopsi alınan hasta	13 (52)
Benign histopatoloji	12 (48)
Malignite (TCC)	1 (4)

Not: Veriler n (%), ortalama ± standart sapma (SS) veya medyan (minimum–maksimum) olarak sunulmuştur. TCC: Transizyonel hücreli karsinom.

SB-58) NON-MONOSEMPTOMATİK ENÜREZİS NOKTÜRNA TEDAVİSİNDE NOKTÜRNAL ENÜREZİS SEMPTOM SKORU (NESS)'NUN VALİDASYONU VE TEDAVİ DEĞERLENDİRİLMESİNDEKİ YERİ

ÇAĞRI AKIN ŞEKERCİ(1) YUNUS EMRE GENÇ(2) CEYHUN ÖZDEMİROĞLU(2) FARUK ARSLAN(2) RAZİYE ERGÜN ŞEKERCİ(3) ONUR CAN ÖZKAN(1) SELÇUK YÜCEL(2) TUFAN TARCAN(2) HAYDAR KAMİL ÇAM(2)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÇOCUK ÜROLOJİSİ BİLİM DALI
2. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÜROLOJİ ANA BİLİM DALI
3. KOCAELİ ŞEHİR HASTANESİ ÇOCUK ÜROLOJİSİ BİLİM DALI

AMAÇ

Noktürnal enürezis pediatrik üroloji klinik pratiğinde sık karşılaşılan bir durum olup, tedavisinin takibi için ise literatürde valide edilmiş yalnızca bir adet sorgulama formu bulunmaktadır. Noktürnal Enürezis Semptom Skoru (NESS), Şekerci ve ark. tarafından 2025 yılında primer ve monosemptomatik hastalarda geliştirilmiş ve valide edilmiştir (Şekil 1). Ancak günümüzde bu formun non-monosemptomatik hasta grubundaki etkinliğini değerlendirilen bir çalışma literatürde bulunmamaktadır. Bu çalışma ile NESS formunun non-monosemptomatik hastaların tedavisinin takibinde etkin ve güvenilir bir araç olarak kullanımının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Eylül 2025-Mart 2026 tarihleri arasında Çocuk Ürolojisi polikliniğine başvuran non-monosemptomatik enürezis noktürna tanısı alan 63 çocuk hasta çalışmaya dahil edildi. Daha önce tedavi almış hastalar çalışma dışı bırakıldı. Tanı, tedavi ve takip protokolleri 2020 International Children's Continence Society kılavuzlarına uygun olarak yapıldı. Hastalara ait demografik veriler, tedavi tipleri ve süreleri, mesane günlüğü parametreleri, tedavi öncesi ve sonrası İşeme Bozuklukları Semptom Skoru (İBSS) ve Noktürnal Enürezis Semptom Skoru (NESS) skorları retrospektif olarak değerlendirildi. İstatistiksel analizler için SPSS 27.0 programı kullanıldı, NESS formunun güvenilirliği için Cronbach's alpha testi, İBSS skoru ile korelasyonunun değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi, tedavi öncesi ve sonrası skorların kıyaslanmasında Wilcoxon Signed-Rank test kullanıldı. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya yaş ortancası 8 (5–16) yıl olan toplam 63 çocuk dahil edildi. Katılımcıların %50,8 (32)'i erkek, %49,2 (31)'si kızdı. Tedavi öncesi İBSS ortanca skoru 17 (7–35) iken tedavi sonrasında 10,0 (0–31)'a geriledi ve bu azalma istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,001$). Benzer şekilde NESS skoru ortanca değeri tedavi öncesinde 15,0 (5–23), tedavi sonrasında 9,0 (0–20) olarak saptandı ve tedavi sonrası anlamlı düzeyde azalma görüldü ($p < 0,001$). Dokuz maddelik NESS değerlendirme formunun tüm maddelerinde tedavi sonrası puanlarda istatistiksel olarak anlamlı azalma belirlendi (tüm $p < 0,05$, Tablo 1). Spearman korelasyon analizinde tedavi öncesi İBSS ile NESS skoru arasında pozitif yönlü zayıf-orta düzeyde (? = 0,379; $p = 0,004$), tedavi sonrasında ise pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki saptandı (? = 0,584; $p < 0,001$).

SONUÇ

Primer monosemptomatik enürezis noktürna tedavisinin takibinde kullanılan NESS formunun, bu çalışma bulgularının ışığında non-monosemptomatik hasta grubunda da enürezis tedavisinin takibinde güvenilir ve etkin bir araç olarak kullanılabileceği görülmüştür. Bu bulguların genellenebilmesi için çok merkezli ve daha yüksek hasta sayısı içeren validasyon çalışmalarına ihtiyaç bulunmaktadır.

NESS Formu	Tedavi Öncesi Medyan (Min–Maks)	Tedavi Sonrası Medyan (Min–Maks)	p
Soru 1	3 (1–3)	1 (0–3)	< 0,001
Soru 2	2 (1–3)	1 (0–3)	< 0,001
Soru 3	3 (1–3)	2 (0–3)	< 0,001
Soru 4	2 (1–3)	2 (0–3)	< 0,001
Soru 5	3 (0–3)	1 (0–3)	< 0,001
Soru 6	2 (0–3)	1 (0–3)	< 0,001
Soru 7	1 (0–3)	0 (0–3)	0,002
Soru 8	1 (0–3)	0 (0–2)	0,025
Soru 9	1 (0–3)	1 (0–3)	< 0,001

Tablo 1. Tedavi Öncesi ve Sonrası Soru Puanlarının Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile Karşılaştırılması

Noktürnal Enürezis Semptom Skoru (NESS)

Türkçe soru formu

No.	Madde	Seçenek 0	Seçenek 1	Seçenek 2	Seçenek 3
1	Çocuğunuz haftada kaç gece altını ıslatıyor?	Islatmıyor (0 puan)	1 veya 2 (1 puan)	3 veya 6 (2 puan)	Her gün (3 puan)
2	Çocuğunuz bir gecede kaç kere altını ıslatıyor?	Islatmıyor (0 puan)	1 kere (1 puan)	2 kere (2 puan)	3 ve daha fazla (3 puan)
3	Çocuğunuzun tek seferdeki kaçırma miktarı ne kadar?	Islatmıyor (0 puan)	Sadece iç çamaşırı ıslanır (1 puan)	Pijaması ıslanır (2 puan)	Yatağı ıslanır (3 puan)
4	Geceleri olan ilk idrar kaçırması, uykusunun hangi dönemine denk geliyor?	Islatmıyor (0 puan)	Sabah uyanmaya yakın (1 puan)	Uyku vaktinin ortasında (2 puan)	Yattıktan hemen sonra (3 puan)
5	Geceleri bez bağlamak veya yatak koruyucu önlem almak zorunda kalıyor musunuz?	Hiçbir zaman (0 puan)	Kimi zaman (1 puan)	Çoğu zaman (2 puan)	Her zaman (3 puan)
6	Yatmadan önce idrarını yapmasına, sıvı, meyve, meşrubat alımını kısıtlamasına veya gece uyandırılmasına rağmen kaçırıyor mu?	Hiçbir zaman (0 puan)	Kimi zaman (1 puan)	Çoğu zaman (2 puan)	Her zaman (3 puan)
7	Kaçırma sonucunda gece uykudan uyanıyor mu?	Hiçbir zaman (0 puan)	Kimi zaman (1 puan)	Çoğu zaman (2 puan)	Her zaman (3 puan)
8	Gece altını ıslatması nedeniyle çocuğunuzun sosyal hayatında veya eğitim hayatında aksaklık oluyor mu? (Akran zorbalığı, dışlanma, alay konusu olma, derslerinde başarısızlık, gün içerisinde uyuklama gibi)	Hiçbir zaman (0 puan)	Kimi zaman (1 puan)	Çoğu zaman (2 puan)	Her zaman (3 puan)
9	Şu anki geceleri idrar kaçırma durumu çocuğunuzu nasıl etkiliyor?	Hiçbir zaman (0 puan)	Kimi zaman (1 puan)	Çoğu zaman (2 puan)	Her zaman (3 puan)
	TOPLAM				

Puanlama: Her madde 0 ile 3 puan arasında değerlendirilir. Toplam skor, 9 maddenin puanlarının toplamıdır.

Referans: Sekerci CA, Genc YE, Ozkan OC, Arslan F, Ozdemiroglu C, Ergun R, Yucel S, Tarcan T, Cam K. Development of a novel scale for primary monosymptomatic nocturnal enuresis: Nocturnal Enuresis Symptom Score (NESS). Journal of Pediatric Urology. 2025.

SB-59) DENEYSEL TESTİS TORSİYONU MODELİNDE SALVİA OFFİCİNALİS EKSTRAKTININ TESTİKÜLER HİSTOPATOLOJİK BULGULAR VE OKSİDATİF STRES PARAMETRELERİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN ARAŞTIRILMASI

İLKER AKARKEN(1) HÜSEYİN TARHAN(1) AHMET EMRE EREN(1) ERCAN SARUHAN(2) YELDA DERE(3) ALİ SORUCU(4) MEHMET ÖZTÜRK(5)

1. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
2. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ BİYOKİMYA ANABİLİM DALI
3. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI
4. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ VETERİNER FAKÜLTESİ VETERİNERLİK FARMAKOLOJİ VE TOKSİKOLOJİSİ ANABİLİM DALI
5. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ FEN FAKÜLTESİ ANALİTİK KİMYA ANABİLİM DALI

AMAÇ

Testis torsiyonu/detorsiyonu (T/D), oksidatif stres aracılığıyla gelişen iskemi/reperfüzyon (İ/R) hasarı sonucunda ciddi testiküler doku hasarına yol açmaktadır. Bu çalışmanın amacı, Salvia officinalis (adaçayı) ekstraktının sıçanlarda oluşturulan testis T/D modelinde oksidatif stres ve histopatolojik hasar üzerindeki potansiyel koruyucu etkilerini araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Yirmi sekiz erişkin erkek Wistar albino sıçan rastgele dört gruba ayrıldı (her grupta n=7): Kontrol, T/D (4 saat iskemi ve ardından detorsiyon), T/D + S. officinalis (200 mg/kg) ve T/D + S. officinalis (500 mg/kg). Adaçayı ekstraktı, detorsiyon işlemini takiben 8 hafta boyunca günlük oral gavaj yoluyla uygulandı. Testis dokularında malondialdehit (MDA), toplam oksidan durum (TOS), toplam antioksidan durum (TAS), glutatyon (GSH), süperoksit dismutaz (SOD) ve glutatyon peroksidaz (GSH-Px) düzeyleri analiz edildi. Histopatolojik değerlendirme kapsamında Johnsen testiküler biyopsi skoru ve ortalama seminifer tübül çapı incelendi

BULGULAR

T/D grubu, kontrol grubuna kıyasla MDA ve TOS düzeylerinde anlamlı artışa neden olurken, antioksidan savunma parametreleri olan TAS, GSH, SOD ve GSH-Px düzeylerinde belirgin azalmaya yol açtı ($p < 0,001$). Bu biyokimyasal değişikliklere Johnsen skorları ve seminifer tübül çaplarında anlamlı düşüş eşlik etti ($p < 0,001$). S. officinalis ekstraktının hem 200 mg/kg hem de 500 mg/kg dozlarda uygulanması, oksidatif stresi anlamlı düzeyde azalttı, antioksidan kapasiteyi yeniden güçlendirdi ve histopatolojik parametrelerde iyileşme sağladı (T/D grubuna kıyasla $p < 0,001$). Korelasyon analizi, redoks dengesi ile doku düzeyindeki iyileşme arasında güçlü ilişkiler olduğunu gösterdi. Ayrıca temel bileşenler analizi (PCA), tedavi gruplarının kontrol grubuna yakın şekilde kümelendiğini ortaya koyarak tedavinin bütüncül bir iyileştirici etki sağladığını gösterdi.

SONUÇ

Salvia officinalis ekstraktı, oksidatif stresi azaltarak ve spermatogenik iyileşmeyi destekleyerek testiküler İ/R hasarını etkili bir şekilde hafifletmektedir. Bu bulgular, adaçayının testis torsiyonunun klinik yönetiminde umut verici bir adjuvan tedavi seçeneği olabileceğini düşündürmektedir.

Table 1. Oxidative stress and antioxidant parameters across experimental groups.

Variable	Control	T/D	T/D + S. officinalis 200 mg/kg	T/D + S. officinalis 500 mg/kg	p-value
MDA (µmol/g protein)	33.56 ± 1.88	68.00 ± 2.63	55.68 ± 1.46	59.13 ± 1.78	<0.001
TOS (µmol H_2O_2 equiv./g protein)	2.44 ± 0.29	4.03 ± 0.10	2.53 ± 0.24	2.62 ± 0.19	0.003
TAS (mmol Trolox equiv./g protein)	1.75 ± 0.06	0.75 ± 0.07	1.33 ± 0.15	1.59 ± 0.11	<0.001
GSH (µmol/g protein)	82.72 ± 2.23	40.93 ± 1.03	51.64 ± 1.54	58.75 ± 2.33	<0.001
SOD (U/mg protein)	16.09 ± 0.37	9.69 ± 0.75	12.25 ± 0.41	13.23 ± 0.42	<0.001
GSH-Px (U/mg protein)	184.74 ± 50.65	83.83 ± 13.35	161.85 ± 22.04	152.01 ± 40.39	<0.001

Data are expressed as mean ± SD. T/D: Torsion/Detorsion, S. officinalis: Salvia officinalis, MDA: Malondialdehyde, TOS: Total Oxidant Status, TAS: Total Antioxidant Status, GSH: Reduced Glutathione, SOD: Superoxide Dismutase, GSH-Px: Glutathione Peroxidase, equiv.: equivalent.

Table 2. Histopathological parameters across experimental groups.

Variable	Control	T/D	T/D + S. officinalis 200 mg/kg	T/D + S. officinalis 500 mg/kg	p-value
Johnsen score	9.60 ± 0.26	5.23 ± 0.65	6.90 ± 0.55	9.16 ± 0.55	<0.001
Mean seminiferous tubule diameter (µm)	365.31 ± 26.49	283.85 ± 10.27	344.14 ± 20.20	345.67 ± 21.64	<0.001

Data are expressed as mean ± SD. T/D: Torsion/Detorsion, S. officinalis: Salvia officinalis.

SB-60) İZLEMLE YÖNETİLEN PEDİATRİK ÜROLOJİK ANOMALİLERDE MALİGNİTE RİSK BİLGİLENDİRMESİNİN EBEVEYN ANKSİYETESİ ÜZERİNE ETKİSİ

TİMUR KÜRŞAD ÜLGEN(1) YENER BOYRAZ(1) MUSTAFA MERT TATAR(1) CAN SİCİMLİ(1) BERK BURGU(1) TARKAN SOYGÜR(1)

1. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Pediatrik ürolojide bazı lezyonlar tarihsel olarak malignite riski ile ilişkilendirilmiş olmakla birlikte güncel kılavuzlar doğrultusunda cerrahi eksizyon yerine konservatif izlem yaklaşımı benimsenmektedir. Multikistik displastik böbrek (MCDK), urakal kalıntılar ve palpabl skrotal testiküler nubbin bu gruba örnek oluşturmaktadır.

Her ne kadar bu yaklaşımlar çocuk açısından güvenli kabul edilse de, aileler açısından durum farklı olabilir. Özellikle malignite potansiyelinin bir kez gündeme gelmiş olması ve lezyonun cerrahi olarak çıkarılmadan takip edilmesi ebeveynlerde uzun süreli kaygı ve belirsizlik algısına neden olabilmektedir. Bu çalışmada MCDK, urakal kalıntılar ve skrotal testiküler nubbin nedeniyle takip edilen çocukların ebeveynlerinin anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu tek merkezli, tanımlayıcı-analitik, kesitsel çalışmaya; multikistik displastik böbrek (MCDK), skrotal nubbin veya urakal kalıntı tanısıyla en az 6 aydır izlem altında bulunan pediatrik hastaların ebeveynleri dahil edildi.

Katılımcılara ait demografik ve klinik veriler kaydedildi. Tüm ebeveynlere State-Trait Anxiety Inventory–State Form (STAI-S) ölçeği uygulandı. Veriler SPSS yazılımı kullanılarak analiz edildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda uygun şekilde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) veya Kruskal–Wallis testi kullanıldı; anlamlı farklılık saptanan durumlarda post-hoc analiz gerçekleştirildi.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 73 ebeveyn dahil edildi. Katılımcıların 32'si multikistik displastik böbrek (MCDK), 19'u urakal kalıntı ve 22'si skrotal nubbin grubunda yer aldı. Gruplar arasında hasta yaşı, ebeveyn yaşı, ebeveyn cinsiyeti, eğitim düzeyi ve takip süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (tüm karşılaştırmalar için $p>0,05$).

Tanı grupları arasında durumluk anksiyete düzeyleri değerlendirildiğinde, STAI-S skorlarının gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($p<0,001$). En yüksek ortalama STAI-S skoru skrotal nubbin grubunda saptandı. Urakal kalıntı grubunun ortalama STAI-S skoru MCDK grubundan daha yüksek olmakla birlikte, iki grup arasındaki fark post-hoc analizde istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,214$).

SONUÇ

İzlem ile yönetilen pediatrik ürolojik anomalilerde ebeveyn anksiyetesi tanıya göre farklılık göstermektedir. Skrotal nubbin tanılı çocukların ebeveynlerinde anksiyete düzeyi diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun, skrotal nubbinin ebeveyn tarafından günlük yaşamda kolaylıkla fark edilebilen ve hastalığın sürekli hatırlanmasına neden olabilen görünür bir anomali olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, bu ilişkinin altında yatan nedenlerin ortaya konulabilmesi için daha geniş örneklemli ve nitel değerlendirmeleri de içeren ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Değişken	MCDK (n=32)	Urakal kalıntı (n=19)	Skrotal nubbin (n=22)	p değeri
Hasta yaşı (yıl), ort±SS	4,8 ± 2,9	5,2 ± 3,1	5,0 ± 2,8	0,874
Ebeveyn yaşı (yıl), ort±SS	33,6 ± 5,8	34,4 ± 6,2	34,1 ± 5,5	0,912
Anne, n (%)	24 (75,0)	14 (73,7)	17 (77,3)	0,963
Üniversite mezunu, n (%)	17 (53,1)	9 (47,4)	11 (50,0)	0,918
İzlem süresi (ay), medyan (IQR)	19 (12–32)	18 (12–30)	20 (13–34)	0,756
STAI-S skoru, ort±SS	37,9 ± 5,8	40,2 ± 6,1	47,6 ± 6,8	<0,001

Çalışma gruplarının demografik özelliklerive STAI-S skorları

SB-61) PROSTAT CERRAHİSİ SONRASI ÜRİNER İNKONTİNANS ARAŞTIRMALARININ KÜRESEL HARİTASI: BİBLİYOMETRİK BİR ANALİZ

BİLGİN SAVRAN(1) EDA AYTEN KANKAYA(2) ÖZLEM BİLİK(2)

1. dokuz eylül üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü
2. dokuz eylül üniversitesi hemşirelik fakültesi

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı; prostat cerrahisi sonrası üriner inkontinans araştırmalarının bilimsel üretimini değerlendirmek; yıllara göre araştırma kaynaklarını, araştırma eğilimlerini ve bu konuyla ilgili odak noktaları, etkili yazarları, ülkeleri, kurumları ve dergileri belirlemektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu çalışma, Bening Prostat Hipertrofisi ve Prostat Kanseri tanısı sonrası Transüretral Prostat Cerrahisi (TURP) ve Radikal Prostatektomi cerrahisi uygulanan hastalarda ameliyat sonrası inkontinans durumunu incelemek amacıyla bibliyometrik analiz yöntemiyle yürütülen tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırma verileri, Scopus veri tabanından elde edilmiştir. Araştırma konusuna özgü (TITLE-ABS-KEY "TURP" OR "transurethral resection of prostate" OR "prostatectomy" OR "transurethral prostatectomy" OR "prostate surgery" OR "bening prostatic surgery") AND (TITLE-ABS-KEY "urinary incontinence" OR "postoperative incontinence") anahtar kelimeleri belirlenmiştir. 20 Mayıs 2026 tarihinde Scopus veri tabanında tarama yapılmıştır.

BULGULAR

2000- 2025 yılları arasında transüretral prostat cerrahisi ve radikal prostatektomi ameliyatı sonrası üriner inkontinans ile ilişkili yapılan tarama verileri sonucunda 2979 makaleye ulaşılmıştır. Toplam yazar sayısı 12.336'dır. En çok yayın yapan yazar (n=38, atıf sayısı=3311, h index=21) ile Markus Graefen'dir. En çok yayın yapan ülke (n=990, atıf sayısı=46636) çalışma ile Amerika Birleşik Devletleri'dir. Yapılan çalışmaların 2519'u (%84.6) araştırma makalesi, 460'ı (%15.4) derleme çalışmadır. En fazla yayın 2024 yılında (n=216), en az yayın 2002 (n=34) yapılmıştır. En çok yayın yapan dergi Journal of Urology'dir (n=235). Toplam 2877 anahtar kelimeye ulaşılmıştır. En sık kullanılanlar; 'urinary incontinence' (n=771), 'prostate cancer' (n=658), 'prostatectomy' (n=612), 'radikal prostatectomy' (n=444), 'quality of life' (n=203), 'prostatic neoplasms' (n=204), 'prostate' (n=155), 'artificial urinary sphincter' (n=145), 'erectile dysfunciton' (n=137), 'stress urinary incontinence' (n=125), 'incontinence'(n=108), 'continence' (n=107), 'urinary continence' (n=106),'bening prostatic hyperplasia' (n=99), 'radiothreapy' dir (n=84).

SONUÇ

Bu bibliyometrik analiz sonucunda 2000-2025 yılları arasında TURP ve Radikal Prostatektomi sonrası komplikasyon olarak görülen üriner inkontinans ile ilgili çalışmaların literatürde arttığı görülmektedir. En çok yayın yapan yazarlar ve ülkeler ABD, Almanya ve İtalya gibi yaşlı nüfusun yüksek olduğu ülkelerdir. En çok yayın yapan dergiler arasında Journal of Urology, Urology, BJU International, World Journal of Urology ve Neurourology and Urodynamics yer almakta olup yüksek etki faktörlü ve küresel ölçekte yayın yapan dergilerdir. En sık kullanılan anahtar kelimeler "urinary incontinence", "prostate cancer", "prostatectomy" ve "quality of life"dır. Bu sonuç çalışmaların sadece cerrahi tekniğe ve kanser cerrahisine yönelik değil hastanın ameliyat sonrası yaşam kalitesine de vurgu yapıldığını göstermektedir. Ulaşılan sonuçlara göre iyi huylu ve kötü huylu prostat cerrahisi sonucu üriner inkontinans gelişen hasta grubunda hemşirelik yaklaşımlarının daha fazla alana dahil edilmesi, ulusal ve uluslararası kalite standartlarının, sağlık bakım politikalarının geliştirilmesi önerilmektedir.

SB-62) ÜROSTOMİ İLE YAŞAM EĞİTİM KİTAPÇIĞI GELİŞTİRİLMESİ: DELPHİ YÖNTEMİ BİRİNCİ TUR BULGULARI

ŞEYMA YURTSEVEN(1) PINAR ONGÜN(2) SEDA YENİGÜN AKBULUT(3) NİLÜFER ÇETİN(4) GAMZE BOZKUL(5) BÜŞRA ŞAHİN (6) NAZİFE GAMZE ÖZER ÖZLÜ(7)

1. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ
2. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
3. Akdeniz Üniversitesi Kumluca Sağlık Bilimleri Fakültesi
4. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi
5. Tarsus Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
6. Aydın Hemşirelik Fakültesi
7. Dokuz Eylul Universitesi Hemsirelik Fakultesi Cerrahi Hastaliklari Hemsireligi

AMAÇ

Bu araştırma, ürostomi ile yaşayan bireylere yönelik hazırlanacak eğitim kitapçığının içeriğinin uzman görüşleri doğrultusunda belirlenmesi ve uzlaşı süreci için yapılandırılmış bir içerik çerçevesi oluşturulması amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Araştırmada Delphi tekniği kullanılmıştır. Delphi süreci üç tur olarak planlanmış olup bu bildiride çalışmanın birinci tur bulguları sunulmaktadır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu'ndan 18.07.2025 tarihli, 157 toplantı sayılı ve 107 karar numaralı etik kurul onayı alınmıştır. Birinci Delphi turunda uzmanlara elektronik posta yoluyla ulaşılarak araştırmanın amacı, kapsamı ve değerlendirme sürecine ilişkin bilgilendirme yapılmış; ardından yarı yapılandırılmış uzman görüş formu aracılığıyla yazılı görüşleri alınmıştır. Birinci turda, ürostomi bakımı, taburculuk eğitimi, öz bakım, psikososyal uyum ve uzun dönem izleme ilişkin uzman görüşleri alınmıştır. Uzman görüşleri anonimleştirilerek nitel içerik analizi yöntemiyle değerlendirilmiştir. Yazılı yanıtlar tekrar tekrar okunmuş, anlamlı ifade birimlerine ayrılmış, açık kodlama yoluyla kodlanmış ve benzer kodlar alt temalar ile ana temalar altında toplanmıştır. Kod frekansları, ilgili kodu ifade eden farklı uzman sayısı temel alınarak hesaplanmıştır. Birinci tur analizinden elde edilen tema ve kodlar doğrultusunda ikinci Delphi turunda kullanılmak üzere 5'li Likert tipi değerlendirme formu hazırlanmıştır. Araştırmanın ikinci ve üçüncü tur uzlaşı süreci devam etmektedir.

BULGULAR

Araştırmanın birinci turunda elektronik posta yoluyla davet edilen 20 uzmandan 14'ü çalışmaya katılmıştır. Böylece birinci tur yanıt oranı %70 olarak gerçekleşmiştir. Uzmanların 12'si kadın, 2'si erkektir. Katılımcıların 5'i hemşire, 5'i akademisyen hemşire, 4'ü ise hekimdir. Uzmanların büyük çoğunluğunun mesleki deneyimi 11 yıl ve üzerindedir. İçerik analizi sonucunda ürostomi ile yaşam eğitim kitapçığına yönelik görüşler dokuz ana tema altında toplanmıştır. Bu temalar; cerrahi sürece hazırlık ve kabullenme, stoma-torba ve cilt bakımı, komplikasyonlar ve alarm bulguları, günlük yaşam ve öz bakım, psikososyal uyum ve yaşam kalitesi, cinsel sağlık-mahremiyet ve kültürel duyarlılık, eğitim materyali tasarımı ve sağlık okuryazarlığı, multidisipliner eğitim ve bakım veren katılımı, takip-ürün temini ve sağlık sistemine erişim olarak belirlenmiştir. Uzmanlar özellikle stoma ve torba bakım basamakları, peristomal cilt bakımı, sızıntı ve koku yönetimi, enfeksiyon belirtileri, başvuru kriterleri, sıvı alımı, psikososyal destek, cinsel yaşam, sade ve görsel destekli anlatım, hasta/bakım veren katılımı ve sağlık profesyoneline erişim konularını vurgulamıştır. Bu bulgular doğrultusunda ikinci tur Delphi değerlendirmesi için 40 maddelik anket formu oluşturulmuştur.

SONUÇ

Birinci tur Delphi bulguları, ürostomi ile yaşayan bireylere yönelik eğitim kitapçığının yalnızca teknik bakım bilgisi içeren bir materyal olmaması gerektiğini; aynı zamanda psikososyal uyumu, cinsel ve sosyal yaşama dönüşü, sağlık okuryazarlığını, bakım veren katılımını ve uzun dönem izlem gereksinimlerini kapsayan çok boyutlu bir yapıda hazırlanması gerektiğini göstermiştir. Elde edilen temalar doğrultusunda kitapçığın ön içerik çerçevesi oluşturulmuş ve ikinci tur uzman uzlaşısı için madde havuzu geliştirilmiştir. Delphi süreci sonunda uzman uzlaşısına dayalı eğitim kitapçığı oluşturulacaktır.

SB-63) MAJÖR ÜROONKOLOJİK CERRAHİ İŞLEMLERDE ERAS PROTOKOLLERİNİN KULLANIMININ VE KULLANIM ENGELLERİNİN BELİRLENMESİ

PINAR ONGÜN(1) BÜLENT ÖNAL(2) ŞAKİR ONGÜN(3) NİLÜFER ÇETİN(4)

1. Balıkesir üniversitesi saglık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümü
2. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa tıp fakultesı
3. Balıkesir Üniversitesi Tıp fakültesi
4. ıstanbul üniversitesi cerrahpaşa tıp fakültesi hastanesi

AMAÇ

Majör Üroonkolojik cerrahi işlemlerde uygulanan ERAS protokollerinin kullanımının ve kullanım engellerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ürolojik Cerrahi Derneği ve Üroloji Hemşireleri Çalışma Grubu üyelerinin katılımıyla çevrimiçi olarak yapılmaktadır. Araştırmanın evrenini; Ürolojik cerrahi derneği ve üroloji hemşireleri çalışma grubu üyeleri araştırmanın evreni oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem hesaplamasına gidilmemiş olup tüm evrene ulaşılması planlandı. Veri toplamada araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen Veri Toplama Formu kullanılmaktadır. Veri Toplama Formu; Literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan form 32 soruyu içermektedir (yaş, cinsiyet, çalıştığı kurum…). Bu formdaki soruların içinde katılımcıları tanımlayıcı soruların yanında, ERAS rehber önerilerinin uygulanma durumlarını belirleyici sorular da yer almaktadır. ERAS maddelerine verilen yanıtlar "uygulanıyor, uygulanmıyor, fikrim yok" şeklindedir. Araştırma verileri Ürolojik Cerrahi Derneği ve Üroloji Hemşireleri Çalışma Grubu üyelerine gönderilen çevrimiçi anket yöntemi ile toplanmaktadır. Veri toplanma süreci devam etmektedir.

BULGULAR

Araştırmaya güncel katılım sayısı 54 kişidir ve araştırmaya katılan kişilerin çoğunluğu üniversite hastanesinde çalışmaktadır. Araştırmaya katılan kişiler en çok antibiyotik profilaksisi, tromboprofilaksi uygulaması (varis çorabı) ve ameliyat sonrası nonsteroid antiinflamatuar ilaç kullanımını uygulamaktadır. Ameliyat öncesi sıvı ve karbonhidrat yüklemesi ve ameliyat öncesi 2 saate kadar berrak sıvı alımı maddelerinin uygulanmadığı görülmektedir. ERAS protokollerinin uygulanamamasının en önemli nedenlerinin personel yetersizliği ve ekip içi iletişim yetersizliği olduğu görülmüştür.

SONUÇ

Araştırma sonuçlarının belirlenmesi ile Türkiye'de üroonkolojik cerrahilere özgü ERAS uygulamalarını standardize edecek ulusal rehber ve bakım protokollerinin geliştirilmesi, ERAS uygulamalarının önündeki engellerin belirlenerek çözüm geliştirilmesi sağlanacaktır.

SB-64) MESANE KANSERİNDE KANSER NÜKSÜ KORKUSU: BİR BİBLİYOMETRİK ANALİZ

ŞÜKRİYE KARDAŞ(1) NAZİFE GAMZE ÖZER ÖZLÜ(2) FATMA VURAL(2)

1. dokuz EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
2. dokuz eylül üniversitesi hemşirelik fakültesi

AMAÇ

Bu araştırmanın amacı; Web of Science Core Collection veri tabanı kaynaklı bibliyografik verileri kullanarak, mesane kanserli bireylerde gelişen kanser nüksü korkusu, anksiyete ve ilişkili psikososyal süreçlere yönelik onkoloji hemşireliği literatürünü küresel ölçekte, kurumsal üretkenlik, kaynak dergilerin disiplinlerarası ve kronolojik dağılımı, yazar işbirliği ağları ile kilit/köprü belgelerin atıf dinamikleri açısından bibliyometrik olarak analiz etmek; bu sayede alanın tarihsel gelişimini ve güncel eğilimlerini metodolojik sınırlılıkları çerçevesinde ortaya koyarak gelecekteki kanıta dayalı hemşirelik bakım rehberlerine ve klinik uygulamalara yön verecek stratejik bir haritalama sunmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Araştırma, mesane kanserli hastalarda gelişen kanser nüksü korkusu ve bu süreçteki hemşirelik yaklaşımlarını inceleyen uluslararası literatürün entelektüel yapısını ve dinamik atıf ağlarını ortaya koymak amacıyla tasarlanmış retrospektif, tanımlayıcı ve görsel haritalama tabanlı bir bibliyometrik analiz çalışmasıdır. Veriler, Web of Science (WoS) Core Collection veri tabanından ("bladder cancer" OR "non-muscle invasive bladder cancer") AND ("fear of recurrence" OR anxiety OR psychosocial) AND (nurs* OR "nursing care") gelişmiş arama dizini kullanılarak elde edilmiştir. Elde edilen tam bibliyografik kayıtlar, VOSviewer (Version 1.6.21) yazılımı ve WoS'un kurumsal analiz araçları kullanılarak kurumsal üretkenlik, dergi ağ/kronolojik evrim, yazar işbirliği ve belge atıf/ortak atıf analizleri açısından görselleştirilmiştir.

BULGULAR

Web of Science analizine toplam 63 yayın dahil edilmiştir. Yayınlar toplam 1.039 atıf almış olup, H-indeksi 19 ve yayın başına ortalama atıf sayısı 16,49 olarak belirlenmiştir. Yayınların büyük çoğunluğu araştırma makalesi (%88,9) olup, ağırlıklı olarak SCI-Expanded kapsamında indekslenmiştir. Anahtar kelime analizinde mesane kanseri kavramının yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon, psikolojik sıkıntı ve sistektomi ile güçlü ilişkili olduğu saptanmıştır. Zamansal görselleştirme analizinde erken dönemde sistektomi ve yaşam kalitesi, son yıllarda ise anksiyete ve depresyon konularının öne çıktığı görülmüştür. Kaynak analizinde Psycho-Oncology, European Journal of Oncology Nursing ve BJU International en etkili dergiler olarak belirlenmiştir. Atıf ve bibliyografik eşleşme analizlerinde Palapattu (2004) ve Pham (2019) başta olmak üzere temel referans yayınlar öne çıkarken, ortak yazarlık ve kurum iş birliği analizleri araştırmaların belirli araştırmacı grupları ve merkezler etrafında yoğunlaştığını göstermiştir.

SONUÇ

Bu araştırma, mesane kanserinde nüks korkusu literatürünün tarihsel cerrahi ve semptom tanılama evresinden sıyrılarak modern, kişiselleştirilmiş ve kanıta dayalı bir cerrahi hemşireliği semptom yönetimi alanına dönüştüğünü metodolojik sınırları ve güçlü yönleriyle ortaya koymaktadır.

SB-65) HEMŞİRELİK ALANINDA ÜROLOJİK CERRAHİYE YÖNELİK LİSANSÜSTÜ TEZLERİN İNCELENMESİ

GİZEM NAZLI(1) NAZİFE GAMZE ÖZER ÖZLÜ(2) FATMA VURAL(2)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
2. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, Yükseköğretim Kurulu (YÖK) Ulusal Tez Merkezi veri tabanında hemşirelik alanında ürolojik cerrahiye ilişkin lisansüstü tezlerin araştırma eğilimlerini incelemektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu araştırma tanımlayıcı nitelikte olup Yükseköğretim Kurulu (YÖK) Ulusal Tez Merkezi veri tabanında belge incelemesi yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında 07.07.2026 tarihinde "ürolojik cerrahi" anahtar kelimesi kullanılarak tarama yapılmıştır. Tarama sonucunda ulaşılan tezler; konu alanı, tez türü, yayın yılı ve tam metne erişilebilirlik açısından değerlendirilmiştir. Hemşirelik alanında hazırlanmış ve tam metnine erişilebilen tezler çalışma kapsamına alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan tezler; yayın yılı, üniversite, tez türü, araştırma deseni, örneklem büyüklüğü, araştırma konusu, veri toplama araçları ve temel bulgular açısından içerik analizi yöntemiyle değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Tarama sonucunda toplam 85 lisansüstü teze ulaşılmış, bunlar arasında en eski tezin 1989 yılında tamamlandığı belirlenmiştir. Hemşirelik alanında ürolojik cerrahiye ilişkin dört tez çalışma kapsamına alınmıştır. İncelenen tezlerin tamamı yüksek lisans düzeyinde olup, doktora tezine ulaşılamamıştır. Tezlerin biri 2017, ikisi 2020 ve biri 2022 yılında tamamlanmış olup dört farklı üniversitede yürütülmüştür. Tez çalışmalarının toplam örneklem büyüklüğü 302 hasta olup, örneklem sayıları 64 ile 80 arasında değişmektedir. İncelenen tezlerin üçü girişimsel desende, biri ise tanımlayıcı desende yürütülmüştür. Çalışma konularının ağırlıklı olarak ameliyat öncesi anksiyetenin azaltılmasına yönelik hemşirelik girişimleri (ameliyathane hemşiresi ziyareti ve müzik dinletme), subkutan heparin uygulamasına bağlı ağrı ve ekimozun azaltılması ile radikal sistektomi ve üriner diversiyon uygulanan hastalarda beden imajı ve benlik saygısının değerlendirilmesi üzerine odaklandığı belirlenmiştir. Girişimsel çalışmalarda uygulanan hemşirelik girişimlerinin hasta sonuçları üzerinde olumlu etkiler sağladığı, tanımlayıcı çalışmada ise radikal sistektomi ve üriner diversiyon uygulanan hastalarda beden imajı ve benlik saygısının orta düzeyde olduğu bildirilmiştir.

SONUÇ

Hemşirelik alanında ürolojik cerrahiye yönelik lisansüstü tez sayısının sınırlı olduğu ve doktora tezinin bulunmadığı belirlenmiştir. Mevcut tezlerin ağırlıklı olarak ameliyat öncesi anksiyete yönetimi ve psikososyal bakım konularına odaklandığı görülmüştür. Bu alanda, özellikle doktora düzeyinde ve farklı bakım sonuçlarını değerlendiren daha kapsamlı araştırmalara gereksinim bulunmaktadır.

SB-66) CERRAHİ HASTALARDA ÜRİNER KATETER DENEYİMİNİ DEĞERLENDİRMEYE YÖNELİK BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

KÜBRA YASAK(1) SAADET ÇÖMEZ(1) DUYGU SOYDAŞ(2)

1. Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
2. trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, cerrahi operasyon sonrası üriner kateter kullanımına ilişkin hasta deneyimini bütüncül olarak değerlendirebilecek "Üriner Kateter Deneyimi Ölçeği"ni geliştirmek ve ölçeğin geçerlik ile güvenirlik özelliklerini incelemektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Araştırma metodolojik ve kesitsel tasarımda planlanmıştır. Çalışma, bir üniversite hastanesinin cerrahi kliniklerinde ameliyat sonrası üriner kateteri bulunan yetişkin hastalar üzerinde yürütülmektedir. Ölçek geliştirme süreci: kapsamlı literatür taraması, hasta görüşmeleri doğrultusunda madde havuzunun oluşturulması, uzman görüşleri ile kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi, pilot uygulama ve psikometrik analiz aşamalarından oluşmaktadır.

Uzman değerlendirmeleri sonucunda oluşturulan taslak ölçek tamamlanan pilot uygulamanın ardından ana örnekleme uygulanmaya başlanmıştır. Ölçek geliştirme çalışmalarına ilişkin öneriler doğrultusunda en az 200 hastaya ulaşılması planlanmaktadır. Veriler Tanıtıcı Bilgi Formu ile Üriner Kateter Deneyimi Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmaktadır.

İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra kapsam geçerlik indeksi, Cronbach alfa katsayısı, düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları, Kaiser-Meyer-Olkin testi, Bartlett küresellik testi, Açımlayıcı Faktör Analizi, Doğrulayıcı Faktör Analizi ve test-tekrar test güvenirliği analizleri gerçekleştirilecektir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilecektir.

BULGULAR

Araştırmanın veri toplama süreci devam etmektedir. Literatür incelemesi, hasta görüşmeleri ve uzman değerlendirmeleri doğrultusunda oluşturulan ölçek taslağının kapsam geçerliği çalışmaları ve pilot uygulama süreci tamamlanmış olup ana örneklemden veri toplanmasına devam edilmektedir. Veri toplama süreci tamamlandıktan sonra ölçeğin faktör yapısı, iç tutarlılığı, madde analizleri, test-tekrar test güvenirliği ve yapı geçerliğine ilişkin psikometrik özellikleri değerlendirilecektir. Çalışmanın sonunda geliştirilecek ölçeğin cerrahi hastalarda üriner kateter deneyimini geçerli ve güvenilir biçimde ölçebilen bir değerlendirme aracı olduğunun ortaya konması hedeflenmektedir.

SONUÇ

Cerrahi hastaların üriner kateter kullanımına ilişkin deneyimlerini değerlendirebilecek standart bir ölçüm aracının geliştirilmesi, hasta merkezli bakımın güçlendirilmesine, kateter kullanımına bağlı olumsuz deneyimlerin erken dönemde belirlenmesine ve bireyselleştirilmiş hemşirelik girişimlerinin planlanmasına katkı sağlayacaktır. Çalışmanın tamamlanmasının ardından geliştirilecek ölçeğin klinik uygulamalarda, kalite geliştirme çalışmalarında ve gelecekte gerçekleştirilecek araştırmalarda kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak literatüre kazandırılması beklenmektedir.

SB-67) MESANE TÜMÖRÜ HASTASINDA ROPER-LOGAN-TİERNEY MODELİ ÇERÇEVESİNDE BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

BİLGİN SAVRAN(1) ÖZLEM BİLİK(2)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI
2. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ

AMAÇ

Roper, Logan ve Tierney tarafından 1976 yılında geliştirilen yaşam aktiviteleri kuramına göre mesane tümörü ameliyatı uygulanan olgunun bireyselleştirilmiş hemşirelik bakım planının geliştirilmesidir.

GEREÇ-YÖNTEM

Kuramda insan yaşamının beş temel bileşeni olarak yaşam aktiviteleri, yaşam süresi, yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler, bağımlılık ve bağımsızlık ile yaşamda bireysellik üzerinde durmuşlardır. Olgumuzun bu bileşenlere uygun olarak hemşirelik bakım planı literatür desteğiyle geliştirilmiştir.

BULGULAR

Bu kuram doğrultusunda hemşirelik bakım planı geliştirilen olgu 73 yaşındaki F. H'nin diyabet ve hipertansiyon tanısı vardır. İnvaze olmayan mesane tümörü tanısıyla 3. kez ameliyat olmak üzere kliniğe yatışı yapılmıştır. Ameliyat öncesinde kontrol amaçlı yapılan sistoskopide iki adet tanımlanamayan şüpheli alan saptanmış ve ameliyat kararı verilmiştir. Ameliyat sonrası F.H.'ye yaşam aktiviteleri kuramı bileşenlerine göre hemşirelik girişimleri uygulanmıştır:

1. Güvenli Çevre: Üriner katater varlığı ve hastanın yaşı göz önüne alındığında enfeksiyon riski ve düşme riskine yönelik önlemler alınmıştır. Enfeksiyon gelişimini ve hasta konforunu arttırmak için üriner katateri bakımı konusunda hastaya ve bakım verene eğitim verilmiştir.
2. İletişim: Hastaya rahatça kendini ifade etmesi için cesaret verilmiştir. Mevcut ameliyat öncesi kaygıları, etkili iletişim ve eğitim ile giderilmiştir.
3. Solunum: Hastanın ameliyat öncesi mevsimsel gripten dolayı ameliyatı iki hafta ertelendiği için ameliyatın ertelenme gerekçesi açıklanmış ve solunum yolu enfeksiyonlarından korunmaya yönelik eğitim uygulanmıştır. Solunumun hızı, derinliği ve ritmi ile öksürük, burun akıntısı vb. belirti-bulgular dikkatli değerlendirilmiştir.
4. Yeme – İçme: Anestezinin etkisi geçtikten sonra beslenmesi ve bol hidrasyonu sağlanmıştır.
5. Boşaltım: Hematüri, dizüri, pollaküri, retansiyon ve konstipasyon belirti ve bulguları açısından hasta takip edilmiştir. Mesanede glob oluşumunu önlemek için gerekli tedbirler alınmıştır.
6. Kişisel Temizlik ve Giyim: Üriner inkontinans yönetimi ve idrar katateri bakımı hakkında eğitim verilmiştir. İnkontinans ihtimaline karşı yedek kıyafet bulundurması önerilmiştir. El hijyeninin önemi vurgulanmıştır.
7. Beden Isısının Kontrolü: Vücut ısısı ölçülmüş, enfeksiyon belirti ve bulguları takip edilmiştir.
8. Hareket: Mesane irrigasyonu tamamlandıktan sonra hasta mobilize edilmiştir.
9. Çalışma ve Eğlence: Günlük yaşam aktivitelerine dönüş zamanı ile ilgili danışmanlık yapılmıştır.
10. Cinsel Yaşam: Bir ay cinsel perhiz önerilmiştir. Herhangi bir cinsel komplikasyon şüphesinde hemşire ve hekim danışmanlığına yönlendirilmiştir.
11. Uyku: Klinikte kesintisiz uyku için gerekli önlemler alınmış, evde uyku hijyenine yönelik taburculuk eğitimi planlanmıştır.
12. Ölüm: Ameliyat öncesi ölüm korkusu giderilmiştir. Kemoterapi, radyoterapi vb. tedaviler önerilmediği için hasta ölüm korkusu ifade etmemiştir.

SONUÇ

Bu olguda kurama göre öncelikli bileşenler boşaltım, yeme-içme ve enfeksiyon kontrolüdür. Hastanın ameliyat sonrası daha iyi yaşam kalitesine ulaşması, taburculuk öncesi psikososyal boyut ile değerlendirilecektir. Hemşire taburculuk öncesi cinsel danışmanlık verecektir. Hemşirelik girişimlerinin bu kurama göre uygulanmasının kazanımları, hemşirelik bakımının bireyselleştirilmesi ve sistematik hale getirilmesidir.

SB-68) MAJÖR ÜRO ONKOLOJİK CERRAHİ HASTALARININ KIRILGANLIK DURUMLARININ AMELİYAT SONRASI İYİLEŞLEME ETKİSİ

PINAR ONGÜN(1) NİLÜFER ÇETİN(2) ŞEYMA YURTSEVEN(3) ELİFE KETTAŞ DÖLEK(4) SEDA ULUSOY(5) BÜŞRA ŞAHİN(6) ÖMER GÜNGÖR(7) BİLGİN SAVRAN(8)

1. Balıkesir üniversitesi Sağlık bilimleri fakültesi
2. istanbul üniversitesi cerrahpasa tıp fakültesi hastanesi
3. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ
4. mersin üniversitesi hastanesi
5. BURSA ŞEHİR HASTANESİ
6. AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ hemşirelik fakültesi
7. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
8. DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programı / Doktora Öğrencisi

AMAÇ

Majör üro-onkolojik cerrahi hastalarında ameliyat öncesi kırılganlık düzeyinin ameliyat sonrası hasta iyileşmesine etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Tanımlayıcı türde planlanan bu araştırma çok merkezli olarak yapıldı. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Bursa Şehir Hastanesi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji servisi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji servisinde yapıldı. Majör üro-onkolojik cerrahi geçiren ve araştırmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 555 hasta araştırmanın örneklemini oluşturdu. Veriler hasta perioperatif veri toplama formu, FRAIL (Kırılganlık) Anketi, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Ameliyat Sonrası İyileşme Kalitesi Ölçeği (QoR-15) kullanılarak toplandı. Ayrıca ameliyat sonrası komplikasyonlar, hastanede kalış süresi, ilk mobilizasyon zamanı, oral alım süresi ve ağrı düzeyi değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 64,79±10,14 yıl olup %84,3'ü erkekti. Katılımcıların %37,1'i kırılgan değil, %43,4'ü kırılganlık öncesi dönemde ve %19,5'i kırılgan olarak belirlendi. Kırılganlık puanı ile QoR-15 toplam puanı ve tüm alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulundu ($p<0,01$). Anksiyete düzeyi arttıkça ameliyat sonrası iyileşme kalitesinin azaldığı, kırılganlık puanının ise arttığı saptandı ($p<0,01$). Depresyon puanı ile QoR-15 arasında pozitif, kırılganlık ile negatif yönde anlamlı ilişki belirlendi ($p<0,01$). Ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen faktörlerin belirlenmesi için çoklu doğrusal regresyon analizinde kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($F(9,331)=13,270$; $p<0,001$). Model, ameliyat sonrası iyileşme ölçeği toplam puanındaki varyansın %24,5'ini açıkladı. Kırılganlık puanı (ß=-0,286; B=-11,692; %95 GA: -15,818 ile -7,566; $p<0,001$), ameliyat sonrası iyileşme ölçeği toplam puanının en önemli bağımsız belirleyicisi olarak bulundu.

SONUÇ

Majör üro-onkolojik cerrahi geçiren hastalarda ameliyat öncesi kırılganlık, ameliyat sonrası iyileşme kalitesini olumsuz etkileyen bağımsız bir faktördür. Kırılganlık düzeyindeki artış, daha düşük iyileşme kalitesi ile ilişkilidir ve bu ilişki yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi, kronik hastalık varlığı, ameliyat süresi ve psikolojik durum gibi değişkenlerden bağımsız olarak devam etmektedir. Ameliyat öncesi dönemde kırılganlığın sistematik olarak değerlendirilmesi, yüksek riskli hastaların erken dönemde belirlenmesine, bireyselleştirilmiş perioperatif bakım planlarının oluşturulmasına ve ameliyat sonrası iyileşme sonuçlarının iyileştirilmesine katkı sağlayabilir. Bu nedenle kırılganlık değerlendirmesinin majör üro-onkolojik cerrahi geçirecek hastalarda rutin ameliyat öncesi değerlendirmenin bir parçası olarak ele alınması önerilmektedir.

SB-69) PROSTATIN TRANSÜRETRAL REZEKSİYONU SONRASI HASTA EĞİTİMİ KİTAPÇIĞI GELİŞTİRİLMESİ: DELPHİ YÖNTEMİ

BÜŞRA ŞAHİN(1) PINAR ONGÜN(2) SEDA CANSU YENİGÜN AKBULUT(3) NAZİFE GAMZE ÖZER ÖZLÜ(4) GAMZE BOZKUL(5) ŞEYMA YURTSEVEN(6) FATMA VURAL(4) NİLÜFER ÇETİN(7)

1. AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
2. BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
3. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ KUMLUCA SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
4. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
5. TARSUS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
6. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ
7. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, transüretral prostat rezeksiyonu (TUR-P) uygulanan hastalara yönelik taburculuk eğitimi kitapçığının, uzman görüşleri ve kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda geliştirilmesidir.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu metodolojik araştırmada uzman görüşüne dayalı içerik geliştirme yöntemi kullanılmıştır. İlgili literatür ve kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda hazırlanan eğitim kitapçığı, amaçlı örnekleme yöntemiyle seçilen toplam 12 uzmanın değerlendirmesine sunulmuştur. Uzman grubunda üç akademisyen hekim, dört akademisyen hemşire, iki uzman hekim ve üç uzman hemşire yer almıştır. Uzmanlardan eğitim kitapçığının kapsamı, anlaşılabilirliği, klinik uygunluğu ve eğitim materyali özelliklerine ilişkin görüş bildirmeleri istenmiştir. Elde edilen uzman görüşleri içerik analiziyle değerlendirilmiş; kodlar, alt temalar ve ana temalar oluşturulmuştur. Uzmanların önerileri doğrultusunda eğitim kitapçığının içeriği yeniden düzenlenmiştir.

BULGULAR

Uzman görüşlerinin analizi sonucunda işlem öncesi bilgilendirme ve hazırlık, işlem süreci ve teknik bilgilendirme, işlem sonrası bakım ve komplikasyon yönetimi, mahremiyet, hasta hakları ve güven, psikososyal destek ve kaygı yönetimi, hasta deneyimleri ve hasta odaklı yaklaşım, eğitim materyalinin özellikleri, destekleyici eğitim yöntemleri ile özel uyarılar ve klinik güvenlik olmak üzere dokuz ana tema belirlenmiştir. Uzmanlar; hastaların işlem öncesinde yeterli şekilde bilgilendirilmesi, taburculuk sonrası gelişebilecek komplikasyonların ve sağlık kuruluşuna başvurmayı gerektiren belirtilerin açıkça açıklanması, hasta mahremiyetinin korunması, sade ve anlaşılır bir dil kullanılması ve eğitimin görsel materyallerle desteklenmesi gerektiğini belirtmiştir. Uzman önerileri doğrultusunda kitapçığın kapsamı ve anlatım biçimi yeniden düzenlenerek son hâli oluşturulmuştur.

SONUÇ

TUR-P sonrası taburculuk eğitimi kitapçığının içeriği, multidisipliner uzman görüşleri ve kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda geliştirilmiştir. Hazırlanan kitapçığın, TUR-P uygulanan hastalara verilen taburculuk eğitiminin standardizasyonuna katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda kitapçığın hastaların bilgi düzeyi, öz bakım davranışları, tedaviye uyumu ve komplikasyon gelişimi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

SB-70) TRANSREKTAL ULTRASONOGRAFİ KILAVUZLUĞUNDA YAPILAN PROSTAT BİYOPSİSİNDE İNTRAREKTAL BUZ UYGULAMASININ AĞRI, ANKSİYETE, KORTİZOL DÜZEYİ, KOMPLİKASYON GELİŞİMİ İLE HASTANEYE TEKRAR BAŞVURU YAPMA DURUMUNA ETKİSİ

ELİFE KETTAŞ DÖLEK(1) GAMZE BOZKUL(2) AHMET TURHAN(3) GÜLAY ALTUN UĞRAŞ(4) MURAT BOZLU(3) ERDEM AKBAY(3) MEHMET BURAK YAVUZ ÇİMEN(5)

1. MERSİN ÜNİVERSİTESİ, MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, ÜROLOJİ POLİKLİNİĞİ, MERSİN
2. TARSUS ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ, MERSİN
3. MERSİN ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, MERSİN
4. MERSİN ÜNİVERSİTESİ, HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI, MERSİN
5. MERSİN ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, BİYOKİMYA ANABİLİM DALI, MERSİN

AMAÇ

Bu araştırmada transrektal ultrason eşliğinde prostat biyopsisinde (TRUS-PB) intrarektal buz uygulamasının ağrı, anksiyete, kortizol düzeyi, komplikasyon gelişimi ile hastaneye tekrar başvuru yapma durumuna etkisini belirlemek amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Prospektif, iki kollu (1:1), randomize kontrollü araştırma, TRUS-PB uygulanan 68 hasta ile gerçekleştirildi. Hastalar rastgele olarak çalışma (n=34) ve kontrol (n=34) gruplarına ayrıldı. Çalışma grubundaki hastalara işlem öncesinde intrarektal buz uygulaması yapılırken, kontrol grubundaki hastalara yalnızca kliniğin standart tedavi ve bakım protokolü uygulandı. Araştırma verileri "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Durumluk Anksiyete Ölçeği", "Visual Analog Skala" ve "Hasta İzlem Formu" ile toplandı.

BULGULAR

Çalışma ve kontrol grubu arasında işlem öncesinde anksiyete düzeyleri açısından anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). İşlem sonrasında çalışma grubunda anksiyete düzeyi kontrol grubundan anlamlı şekilde daha düşüktü ($p=0.000$). İşlem sırasında çalışma grubunun ağrısı kontrol grubundan anlamlı şekilde daha düşüktü ($p=0.000$). Çalışma ve kontrol grubu arasında işlem öncesinde ve işlem sonrasında kortizol düzeyleri açısından anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). TRUS-PB sonrasında ilk bir hafta içinde gözlenen hematüri ve rektal kanama oranı çalışma grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha düşükken ($p=0.000$) hastaneye tekrar başvuru oranları, üriner retansiyon ve enfeksiyon belirtileri açısından anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

SONUÇ

Araştırmada TRUS-PB öncesinde uygulanan intrarektal buz uygulamasının hastaların ağrısını, anksiyetesini ve işlem sonrası gelişen bazı komplikasyonları azalttığı saptandı. Bu bağlamda TRUS-PB öncesinde intrarektal buz uygulaması rutin uygulamalara entegre edilebilecek güvenli ve maliyet-etkin bir girişimdir.

SB-71) MESANE KANSERİ CERRAHİSİ PERİOPERATİF HASTA EĞİTİM VE BİLGİLENDİRME KİTAPÇIĞI GELİŞTİRİLMESİ: DELPHİ YÖNTEMİ

PINAR ONGÜN(1) GAMZE ÖZER ÖZLÜ(2) BÜŞRA ŞAHİN(3) SEDA CANSU YENİĞÜN AKBULUT(4) ŞEYMA YURTSEVEN(5) GAMZE BOZKUL(6) NİLÜFER ÇETİN(7)

1. Balıkesir üniversitesi Sağlık bilimleri fakültesi
2. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ hemşirelik FAKÜLTESİ
3. AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ hemşirelik FAKÜLTESİ
4. Kumluca Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği
5. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ
6. tarsus üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
7. istanbul üniversitesi cerrahpaşa tıp fakültesi hastanesi

AMAÇ

Bu çalışmada, mesane kanseri cerrahisi uygulanacak hastalara yönelik kanıta dayalı ve uzman görüş birliği ile oluşturulmuş bir perioperatif hasta eğitim ve bilgilendirme kitapçığının içeriğinin Delphi yöntemi kullanılarak geliştirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Metodolojik olarak planlanan bu araştırmada Delphi yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın birinci turunda amaçlı örnekleme yöntemiyle seçilen 14 uzmandan açık uçlu sorular aracılığıyla görüş alındı. Elde edilen nitel veriler içerik analizi ile değerlendirildi. Kodlar, alt temalar ve ana temalar oluşturuldu. Birinci tur sonuçları doğrultusunda geliştirilen 23 maddelik değerlendirme formu, Delphi sürecinin ikinci turunda 14 uzmana gönderildi ve her bir maddeyi 5'li Likert ölçeğinde değerlendirmeleri istendi. İkinci tur verileri medyan, çeyrekler arası aralık (IQR) ve uzlaşı oranı kullanılarak analiz edildi; uzlaşı ölçütü, "Katılıyorum" ve "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtlarının toplamının ?%80 olması olarak kabul edildi

BULGULAR

Araştırmaya katılan uzmanların çoğunluğu kadın (%57,14) ve doktora derecesine (%78.57) sahipti. Birinci tur Delphi sürecinde, uzman görüşleri doğrultusunda; tıbbi bilgilendirme ve cerrahi süreç, üriner diversiyon ve stoma yönetimi, komplikasyonlar ve semptom yönetimi, günlük yaşam ve öz bakım, psikososyal uyum ve yaşam kalitesi, cinsel sağlık ve üreme, eğitim yöntemi ve kitapçık tasarımı, fiziksel aktivite ve rehabilitasyon, sağlık sistemi ve takip süreci olmak üzere dokuz ana tema belirlenmiştir. İkinci tur Delphi değerlendirmesine 13 uzman katıldı ve geliştirilen 23 madde değerlendirildi. Tüm maddelerin medyan değeri 5, IQR değerleri 0–1 arasında bulundu. Maddelerin uzlaşı oranları %91,7 ile %100 arasında değişti ve tüm maddeler önceden belirlenen ?%80 uzlaşı ölçütünü karşıladı. Bu nedenle üçüncü Delphi turuna gerek duyulmadı.

SONUÇ

Delphi yöntemi ile geliştirilen Mesane Kanseri Cerrahisi Perioperatif Hasta Eğitim ve Bilgilendirme Kitapçığı içeriği, multidisipliner uzman görüşleri doğrultusunda yüksek düzeyde uzlaşıyla oluşturulmuştur. Geliştirilen içerik mesane kanseri cerrahisi uygulanacak hastalara verilecek eğitimin standardizasyonuna katkı sağlayabilecek kapsamlı bir rehber niteliğindedir. Gelecekte yapılacak çalışmalarla kitapçığın hastalar üzerindeki etkililiğinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

SB-72) ÜRETERAL STENT TAKILAN HASTALARDA STENTLE İLİŞKİLİ SEMPTOMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

NAZİFE GAMZE ÖZER ÖZLÜ(1) YASEMİN KOYUNOĞLU ESKİCİ(2) VOLKAN ŞEN(3) FATMA VURAL(1)

1. dokuz eylül üniversitesi hemşirelik fakültesi
2. dokuz eylül üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü
3. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, üreteral stent uygulanan hastalarda stentle ilişkili semptomların (üriner semptomlar, ağrı, genel sağlık, iş performansı ve cinsel konular) zaman içerisindeki değişimini değerlendirmek ve bu semptomlar üzerinde yaş, cinsiyet, stent kalış süresi ve stent uygulama endikasyonunun etkisini belirlemektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu prospektif, tekrarlı ölçümlü gözlemsel çalışma, bir üniversite hastanesinin üroloji kliniğinde yürütüldü. Araştırmaya üreteral stent uygulanan 50 hasta dahil edildi. Veriler, Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu ve Üreteral Stent Semptom Anketi kullanılarak stent takıldığı gün (T0), stent sonrası 1. hafta (T1) ve 4. hafta (T2) olmak üzere üç zamanda toplandı. Üriner semptomlar, ağrı, genel sağlık, iş performansı ve cinsel konular alt boyutları ile değerlendirildi. Veriler Lineer Karma Etkili Model ile analiz edildi. Modelde zaman sabit etki, bireyler rastgele etki olarak tanımlandı; yaş ve stent kalış süresi kovaryat, cinsiyet ve stent uygulama endikasyonu ise bağımsız değişken olarak modele dahil edildi.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 52,02±15,87 yıl olup, %56,0'ı erkekti. Hastaların %44,0'ına taş hastalığı nedeniyle stent uygulandı, tümünde Double J stent kullanıldı ve ortalama stent kalış süresi 11,16±8,94 haftaydı. En sık gözlenen stent ilişkili semptomlar üriner semptomlar ve ağrı olup, bunları genel sağlık, iş performansı ve cinsel konulara ilişkin semptomlar izledi. Lineer karma etkili model analizinde yalnızca ağrı alt boyutunun zaman içinde anlamlı olarak azaldığı belirlendi ($F=7.312$, $p=0.002$). Bonferroni düzeltmeli karşılaştırmalarda ağrı puanlarının stent takıldığı gün ile dördüncü hafta arasında anlamlı düzeyde azaldığı saptandı ($p=0.002$). Üriner semptomlar, genel sağlık, iş performansı ve cinsel konular alt boyutlarında zamanın anlamlı etkisi bulunmadı (tüm $p>0.05$). Kadın cinsiyeti ($ß=3.694$, $p=0.034$) ve stent uygulama endikasyonu ($F=3.186$, $p=0.033$) daha yüksek üriner semptom puanları ile ilişkili bulundu. Yaş arttıkça ağrı ($ß=-0.190$, $p=0.032$) ve iş performansı ($ß=-0.075$, $p=0.006$) puanlarının azaldığı belirlendi. Stent kalış süresi hiçbir alt boyut ile anlamlı ilişki göstermedi (tüm $p>0.05$).

SONUÇ

Üreteral stent uygulanan hastalarda yalnızca ağrı zaman içinde anlamlı düzeyde azalırken, üriner semptomlar, genel sağlık, iş performansı ve cinsel konulara ilişkin semptomlar stent yerinde kaldığı sürece büyük ölçüde devam etmektedir. Kadın cinsiyeti ve stent uygulama endikasyonu üriner semptomların artmasıyla, ileri yaş ise daha düşük ağrı ve iş performansı puanlarıyla ilişkilidir. Bu bulgular, üreteral stentli hastalarda yalnızca ağrı kontrolünün değil, stent çıkarılıncaya kadar devam eden semptomların düzenli izlenmesi ve bireyselleştirilmiş semptom yönetiminin de gerekli olduğunu göstermektedir.

SB-73) ÜRODİNAMİ HASTA EĞİTİM KİTAPÇIĞI GELİŞTİRMESİ: DELPHİ YÖNTEMİ

NAZİFE GAMZE ÖZER ÖZLÜ(1) PINAR ONGÜN(2) GAMZE BOZKUL(3) SEDA CANSU YENİĞÜN AKBULUT(4) BÜŞRA ŞAHİN(5) ŞEYMA YURTSEVEN(6) NİLÜFER ÇETİN(7)

1. dokuz eylül üniversitesi hemşirelik fakültesi
2. BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
3. TARSUS ÜNİVVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
4. Akdeniz Üniversitesi Kumluca Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
5. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
6. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ
7. istanbul üniversitesi cerrahpaşa tıp fakültesi

AMAÇ

Bu çalışma, ürodinami uygulanacak hastalara yönelik kanıta dayalı ve uzman görüş birliği ile oluşturulmuş bir eğitim kitapçığının içeriğini Delphi yöntemi kullanarak geliştirmek amacıyla gerçekleştirildi.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu metodolojik araştırmada Delphi yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın birinci turunda amaçlı örnekleme yöntemiyle seçilen 17 uzmandan açık uçlu sorular aracılığıyla görüş alınmıştır. Elde edilen nitel veriler içerik analizi ile değerlendirilmiş; kodlar, alt temalar ve ana temalar oluşturulmuştur. Birinci tur sonuçları doğrultusunda geliştirilen 30 maddelik değerlendirme formu Delphi sürecinin ikinci turunda 13 uzmana uygulanmıştır. Uzmanlardan her bir maddeyi 5'li Likert ölçeğinde değerlendirmeleri istenmiştir. İkinci tur verileri medyan, çeyrekler arası aralık (IQR) ve uzlaşı oranı kullanılarak analiz edilmiş; uzlaşı ölçütü, "Katılıyorum" ve "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtlarının toplamının ?%80 olması olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan uzmanların çoğunluğu kadın (%58.8) ve doktora derecesine (%52.9) sahipti. Birinci tur Delphi sürecinde uzman görüşleri doğrultusunda işlem öncesi bilgilendirme ve hazırlık, işlem süreci ve teknik bilgilendirme, işlem sonrası bakım ve komplikasyon yönetimi, mahremiyet, hasta hakları ve güven, psikososyal destek ve kaygı yönetimi, hasta deneyimleri ve hasta odaklı yaklaşım, eğitim materyalinin özellikleri, destekleyici eğitim yöntemleri ile özel uyarılar ve klinik güvenlik olmak üzere dokuz ana tema belirlenmiştir. İkinci tur Delphi değerlendirmesine 13 uzman katılmış ve geliştirilen 30 madde değerlendirilmiştir. Tüm maddelerin medyan değeri 5, IQR değerleri 0–1 arasında bulunmuş, uzlaşı oranları %84.6–100 arasında değişmiştir. Tüm maddeler önceden belirlenen ?%80 uzlaşı ölçütünü karşılamış, özellikle işlem öncesi bilgilendirme, hasta mahremiyeti, komplikasyon yönetimi, sade dil kullanımı ve görsel destekli eğitim materyalleri konularında yüksek düzeyde görüş birliği sağlanmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda eğitim kitapçığının nihai içeriği oluşturulmuş ve üçüncü Delphi turuna gerek duyulmamıştır.

SONUÇ

Delphi yöntemi ile geliştirilen ürodinami hasta eğitim kitapçığı içeriği, multidisipliner uzman görüşleri doğrultusunda yüksek düzeyde uzlaşı ile oluşturulmuştur. Geliştirilen içerik, ürodinami uygulanacak hastalara verilecek eğitimin standardizasyonuna katkı sağlayabilecek kapsamlı bir rehber niteliğindedir. Gelecekte yapılacak çalışmalarla kitapçığın hastalar üzerindeki etkililiğinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

SB-74) ÜRODİNAMİ UYGULANACAK HASTALARDA ACUPRESSURE'ÜN ANKSİYETE, UTANMA VE İŞLEME YÖNELİK KORKU ÜZERİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

GAMZE BOZKUL(1) ELİFE KETTAŞ DÖLEK(2) GÜLAY ALTUN UĞRAŞ(3) MURAT BOZLU(4)

1. TARSUS ÜNİVERSİTESİ, SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ, MERSİN
2. MERSİN ÜNİVERSİTESİ, MERSİN ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ , ÜROLOJİ POLİKLİNİĞİ, MERSİN
3. MERSİN ÜNİVERSİTESİ, HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI, MERSİN
4. MERSİN ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, MERSİN

AMAÇ

Bu araştırmada, ürodinami testi (UT) uygulanacak hastalarda acupressure'ün anksiyete, utanma ve işleme yönelik korku üzerindeki etkisini belirlemek amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Prospektif, iki kollu, randomize kontrollü araştırma, UT uygulanacak 68 hasta ile gerçekleştirildi. Çalışmada hastalar rastgele olarak çalışma grubuna ve kontrol grubuna atandı. Çalışma grubunda yer alan hastalara işlem öncesi HT7, EX-NH3 ve LI4 noktalarına acupressure uygulandı. Kontrol grubuna rutin tedavi ve bakım uygulandı. Araştırma verileri Tanıtıcı Bilgi Formu, Durumluk Anksiyete Ölçeği, Vizüel Analog Skala (VAS)-Utanma ve VAS-Korku kullanılarak hastalar polikliniğe ilk geldiklerinde (UT1), acupressure hemen sonra (UT2) ve UT'den hemen sonra (UT3) toplandı.

BULGULAR

Çalışma ve kontrol grubundaki hastalar arasında UT1'de anksiyete, utanma ve işleme yönelik korku düzeyleri açısından anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). Çalışma grubundaki hastaların UT2'de anksiyete ($p=0.000$), utanma ($p=0.000$) ve işleme yönelik korku ($p=0.000$) düzeyleri, UT3'te ise anksiyete ($p=0.000$) ve işleme yönelik korku ($p=0.027$) düzeyleri kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü. Anksiyete ($p=0.000$), utanma ($p=0.000$) ve işleme yönelik korku ($p=0.000$) düzeyleri çalışma grubunda zaman içinde anlamlı olarak azalırken kontrol grubunda ise UT öncesine göre yalnızca UT3'te anlamlı bir azalma göstermiştir.

SONUÇ

Araştırma, UT öncesinde uygulanan acupressure uygulamasının hastaların anksiyete, utanma ve işleme yönelik korku düzeylerini olumlu yönde etkilediğini gösterdi. Bu bulgular, acupressure'un UT sırasında hastaların psikolojik rahatlığını artırmak ve stres yanıtını azaltmak için etkili ve tamamlayıcı bir yöntem olduğunu göstermektedir.

SB-75) ÜROLİTİAZİS YÖNETİMİNDE YAPAY ZEKÂ DESTEKLİ YANITLARIN AVRUPA ÜROLOJİ DERNEĞİ KILAVUZU DOĞRULTUSUNDA NİTEL ANALİZİ: CHATGPT, GEMİNİ VE COPİLOT KARŞILAŞTIRMASI

SEDA YAZGAN(1) NAZİFE GAMZE ÖZER ÖZLÜ(2) FATMA VURAL(3)

1. dokuz eylül üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü
2. dokuz eylül hemşirelik fakültesi
3. dokuz eylül üniversitesi hemşirelik fakültesi

AMAÇ

Bu araştırmanın amacı, Avrupa Üroloji Derneği (European Association of Urology, EAU) Ürolitiazis Kılavuzu'nda yer alan öneriler ve bunlara ait kanıt düzeyleri temel alınarak hazırlanan sorulara ChatGPT, Gemini ve Copilot yapay zekâ modelleri tarafından verilen yanıtları nitel araştırma yöntemiyle değerlendirmek ve karşılaştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Avrupa Üroloji Derneği (European Association of Urology, EAU) Ürolitiazis Kılavuzu'nda yer alan öneriler ve bunlara ait kanıt düzeyleri temel alınarak ürolitiazis yönetimine ilişkin 10 soru hazırlanmıştır. Hazırlanan sorular, aynı istem (prompt) kullanılarak ChatGPT, Gemini ve Copilot yapay zekâ modellerine yöneltilmiştir. Modeller tarafından oluşturulan yanıtlar veri kaynağını oluşturmuştur. Veriler, nitel araştırma konusunda deneyimli araştırmacı tarafından Braun ve Clarke'ın tematik analiz yaklaşımı doğrultusunda analiz edilerek yapay zekâ modellerinin kılavuz önerilerine uygunluğu, kanıt düzeylerini yansıtma durumu, yanıtların kapsamı, klinik uygulanabilirliği ve hemşirelik bakış açısını yansıtma özellikleri açısından karşılaştırılmıştır.

BULGULAR

Tematik analiz sonucunda yapay zekâ modellerinin yanıtları; (1) Avrupa Üroloji Derneği kılavuzuna uygunluk, (2) kanıt düzeylerinin sunumu, (3) içeriğin kapsamı ve ayrıntı düzeyi, (4) klinik uygulanabilirlik ile (5) hemşirelik bakış açısının yansıtılması olmak üzere beş ana tema altında incelenmiştir. Avrupa Üroloji Derneği kılavuzuna uygunluk teması kapsamında üç modelin de renal kolik, sepsis ve anüri yönetimi, renal taşlar ve gebelerde ürolitiazis yönetimine ilişkin temel önerileri büyük ölçüde doğru aktardığı belirlenmiştir. Kanıt düzeylerinin sunumu temasında, modellerin önerilere ilişkin kanıt düzeylerini ve öneri güçlerini ifade etme biçimlerinde farklılıklar olduğu, bazı yanıtlarda kanıt düzeyi ile öneri gücünün birlikte sunulduğu, bazılarında ise yalnızca kanıt düzeyine yer verildiği saptanmıştır. İçeriğin kapsamı ve ayrıntı düzeyi temasında Gemini'nin daha ayrıntılı ve açıklayıcı, ChatGPT'nin daha sistematik ve yapılandırılmış, Copilot'un ise daha kısa ve özet yanıtlar oluşturduğu görülmüştür. Klinik uygulanabilirlik teması kapsamında tüm modellerin temel tedavi algoritmalarını yansıttığı belirlenirken, hemşirelik bakış açısının yansıtılması temasında hemşirelik uygulamalarına yönelik içeriklerin sınırlı olduğu, bu açıdan Gemini'nin diğer modellere göre daha fazla hemşirelik odaklı açıklama içerdiği belirlenmiştir.

SONUÇ

Bu araştırmanın sonucunda, ChatGPT, Gemini ve Copilot'un Avrupa Üroloji Derneği Ürolitiazis Kılavuzu'ndaki önerileri genel olarak doğru yansıttığı, ancak rehbere uygunluk, kanıt düzeylerinin sunumu, yanıtların kapsamı ve hemşirelik bakış açısı açısından farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir. Yapay zekâ modelleri kanıta dayalı klinik uygulamalarda destekleyici bir araç olarak kullanılabilir; ancak üretilen yanıtların güncel klinik kılavuzlar doğrultusunda sağlık profesyonelleri tarafından doğrulanması gerekmektedir.

SB-76) SİSTOSKOPİDE AĞRI VE ANKSİYETENİN YÖNETİMİNDE SANAL GERÇEKLİK TABANLI DİKKAT DAĞITMA: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

ŞEYMA YURTSEVEN(1) SEVGİ DENİZ DOĞAN(2) SEVBAN ARSLAN(3)

1. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ
2. Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi
3. Çukurova Üniversitesi

AMAÇ

Sistoskopi, hastalarda ağrı ve anksiyeteye yol açabilen yaygın bir ürolojik girişimdir. Bu çalışma, sanal gerçeklik (VR) tabanlı dikkat dağıtma yönteminin sistoskopi işleminde ağrı, anksiyete ve hasta deneyimi üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçlamıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu randomize kontrollü çalışma, tanısal rijid sistoskopi uygulanan 65 hasta ile yürütülmüştür. Müdahale (n1:34) ve standart (n2:31) bakım olmak üzere iki grupla yürütülen çalışmada müdahale grubuna işlem süresince immersif VR ortamı uygulanmıştır. Çalışmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Görsel Analog Skala (VAS) ve Durumluk Kaygı Envanteri (SAI) ile toplanmıştır.

BULGULAR

Gruplar başlangıç özellikleri açısından benzer bulunmuştur. İşlem sonrası ağrı düzeyleri VR grubunda anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Benzer şekilde anksiyete düzeyleri her iki grupta azalmış olmakla birlikte, azalma VR grubunda daha belirgin bulunmuştur. Ayrıca VR uygulaması, hasta deneyimini anlamlı düzeyde iyileştirmiş; müdahale grubunda süreci “sorunsuz” olarak tanımlayan hasta oranı %35,30 iken, kontrol grubundaki hastaların yarısından fazlası (%51,60) süreci ‘ağrılı/rahatsız edici’ olarak değerlendirmiştir.

SONUÇ

Sanal gerçeklik tabanlı dikkat dağıtma yöntemi, sistoskopi sırasında ağrı ve anksiyeteyi azaltma ve hasta deneyimini iyileştirme potansiyeli olan uygulanabilir bir nonfarmakolojik müdahaledir. Bu sonuçlar, VR’nin ürolojik girişimlerde hasta merkezli bakım yaklaşımını destekleyen tamamlayıcı bir yöntem olarak klinik uygulamalara entegre edilebileceğini göstermektedir.

SB-79) PRİMER KASA İNVAZİV OLMAYAN MESANE KANSERİNDE ERKEN TEK DOZ İNTRAVEZİKAL EPİRUBİSİN VE GEMSİTABİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

ENGİN TELLİ(1) YUSUF YAĞIZ ÖZTÜRK(1) ENES ABDULLAH BAYNAL(1) ALİ ATABEK KILIÇ(1) ÖNDER KARA(1)

1. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Primer kasa invaziv olmayan mesane kanserinde (NMIBC) transüretral mesane tümörü rezeksiyonu (TUR-M) sonrası uygulanan erken tek doz intravezikal kemoterapide optimal ajan henüz belirlenmemiştir. Bu çalışmada, primer NMIBC hastalarında tek doz intravezikal epirubisin ile gemsitabinin nükssüz sağkalım (recurrence-free survival, RFS) üzerindeki etkileri karşılaştırıldı.

GEREÇ-YÖNTEM

Prospektif, çift kör, randomize, tek merkezli çalışmaya primer mesane tümörü nedeniyle TUR-M uygulanan hastalar alındı. Hastalar postoperatif ilk 24 saat içinde epirubisin (50 mg/25 mL) veya gemsitabin (2000 mg/100 mL) kollarına randomize edildi. Randomizasyon patoloji sonucundan önce gerçekleştirildiğinden; patolojisi kas invaziv veya ürotelyal neoplazi dışı olan, primer olmayan ya da izlem verisi bulunmayan olgular analiz dışı bırakıldı. Kas dokusu örneklenememiş yüksek dereceli T1 tümörlerde kılavuz önerileri doğrultusunda yapılan re-TUR'da saptanan tümör rezidü hastalık olarak kabul edildi. Nüks, kontrol sistoskopisinde saptanan ve histopatolojik olarak doğrulanan tümör olarak tanımlandı. Birincil sonlanım noktası RFS idi. Sağkalım analizlerinde Kaplan-Meier yöntemi, log-rank testi ve Cox regresyon analizi kullanıldı.

BULGULAR

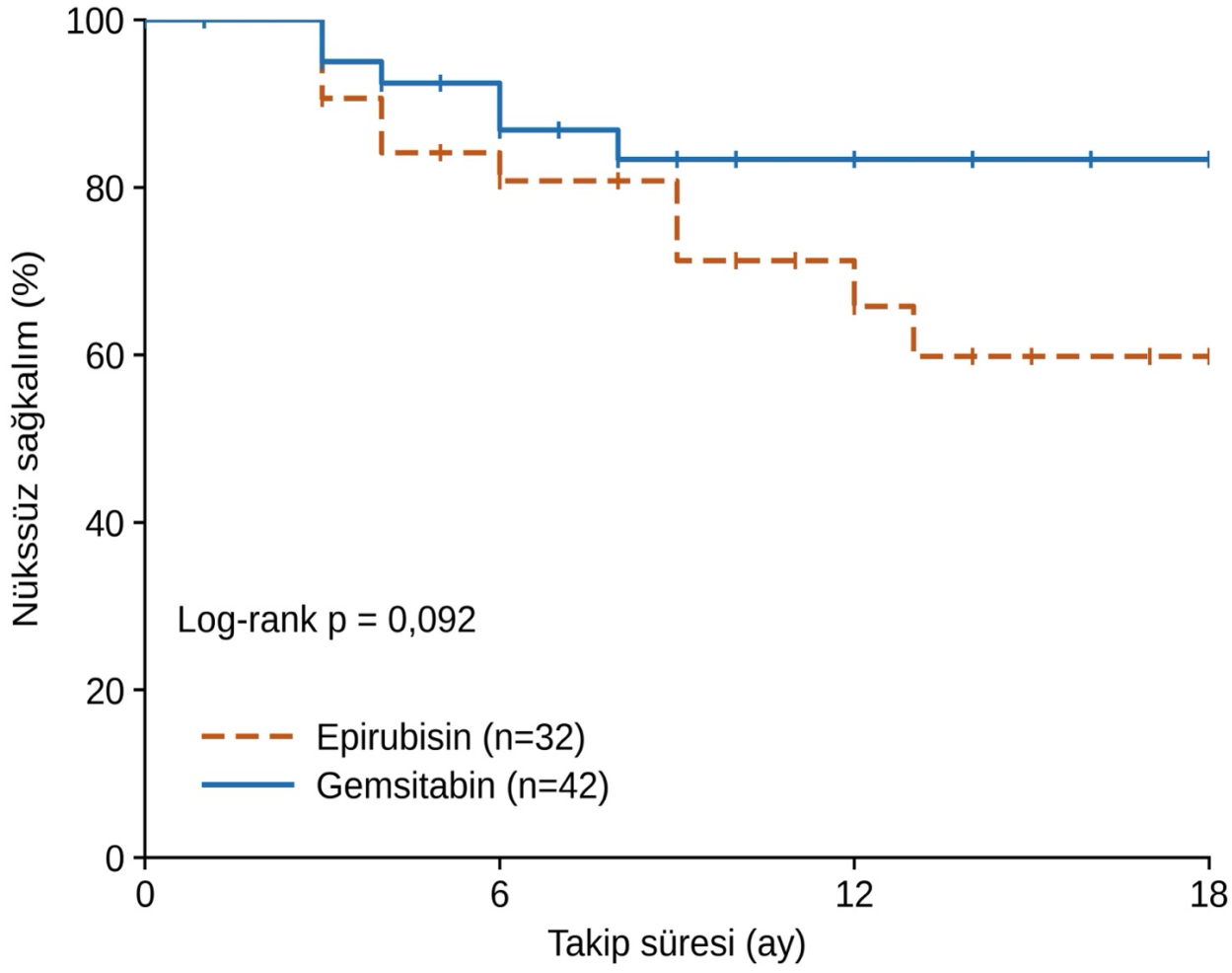
Randomize edilerek çalışma ilacı uygulanan 100 ardışık hastanın 74'ü analize alındı (epirubisin n=32; gemsitabin n=42). Başlangıç özellikleri iki grup arasında benzerdi (Tablo 1). Ortanca izlem süresi epirubisin grubunda 13,0 ay, gemsitabin grubunda 11,0 aydı (p=0,206). Toplam 17 nüks gözlendi; nüks oranı epirubisin grubunda 11/32 (%34,4), gemsitabin grubunda 6/42 (%14,3) idi (OR 0,32; %95 CI 0,10-0,99; p=0,054). On ikinci ay RFS oranları sırasıyla %65,8 ve %83,4; 18. ay oranları %59,8 ve %83,4 idi. Gruplar arasında RFS açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (log-rank p=0,092; HR 0,44; %95 CI 0,16-1,19) (Şekil 1). Evre, derece ve karsinoma in situ için düzeltilmiş analizde HR 0,45 idi (%95 CI 0,16-1,25). Çok değişkenli analizde nüksün tek bağımsız öngörücüsü 3 cm ve üzeri tümör çapıydı (HR 2,79; %95 CI 1,04-7,51; p=0,042). Keşifsel alt grup analizinde, yüksek riskli hastalarda gemsitabin lehine daha düşük nüks oranı izlendi (epirubisin 7/17; gemsitabin 2/22; HR 0,22; %95 CI 0,04-1,05); ancak tedavi ile risk grubu arasındaki etkileşim anlamlı değildi (p=0,112). Gemsitabin grubunda bir hastada progresyon görüldü; mesane kanserine bağlı ölüm izlenmedi.

SONUÇ

TUR-M sonrası uygulanan tek doz intravezikal epirubisin ve gemsitabin arasında RFS açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Bununla birlikte gemsitabin grubunda daha düşük nüks oranı ve daha uzun RFS yönünde bir eğilim gözlendi. Sunulan bulgular hedeflenen olay sayısına ulaşılmadan gerçekleştirilen bir ara analize ait olup çalışmaya hasta alımı devam etmektedir. Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma, primer TUR-M sonrası tek doz intravezikal epirubisin ile gemsitabini doğrudan karşılaştıran ilk çift kör, randomize, prospektif çalışmadır.

-	Epirubisin (n = 32)	Gemsitabin (n = 42)
Yaş (yıl), ortalama ± SD	64,9 ± 9,8	65,8 ± 11,9
Erkek cinsiyet, n (%)	26 (%81,2)	34 (%81,0)
Multifokal tümör, n (%)	8 (%25,0)	12 (%28,6)
Tümör çapı > 3 cm, n (%)	8 (%25,0)	7 (%16,7)
Patolojik evre T1, n (%)	9 (%28,1)	11 (%26,2)
Yüksek dereceli tümör, n (%)	17 (%56,7)	21 (%50,0)
Karsinoma in situ, n (%)	3 (%9,7)	3 (%7,1)
Ortanca izlem süresi (ay), (IQR)	13,0 (8-21)	11,0 (7-16)
Nüks, n (%)	11 (%34,4)	6 (%14,3)

Hasta, tümör ve takip özellikleri



SB-80) PSA 0-4 NG/ML ARALIĞINDAKİ HASTALARDA PROSTAT BİYOPSİ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: ÇOK MERKEZLİ RETROSPEKTİF ÇALIŞMADA KLİNİK VE İNFLAMATUAR BELİRTEÇLERİN ROLÜ

MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) BERKAY KILINÇKAYA(1) ALİCAN ALBAZ(2) AHMET YILMAZ(2) VOLKAN ŞEN(1) BORA İRER(3)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ
3. İZMİR BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ EŞREFPAŞA HASTANESİ

AMAÇ

Prostat spesifik antijen (PSA) değeri gri zonun altında (0-4 ng/mL) olan hastalarda prostat kanseri (PCa) ve klinik anlamlı prostat kanseri (csPCa) yakalama oranlarını değerlendirmek; parmakla rektal muayene PI-RADS skorları ve sistemik inflamatuar belirteçlerin (NLR, MLR, PLR, SII, SIRI, AISI, RDW/MCV) tanısal değerini çok merkezli bir kohortta incelemek amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Çok merkezli olarak yürütülen bu çalışmaya, PSA değeri 0-4 ng/mL arasında olan ve kliniğimizde prostat biyopsisi (TRUS/Perineal sistematik veya MRG kognitif/füzyon) yapılan 100 hasta retrospektif olarak dahil edildi. Hastaların demografik, laboratuvar, radyolojik ve patolojik verileri incelendi. ISUP skoru ?2 olan tümörler csPCa olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 100 hastanın ortalama yaşı 61.16±7.22 yıl, ortalama PSA değeri 3.04±0.99 ng/mL ve ortalama prostat hacmi 53.35±21.55 cc olarak saptandı. Hastaların %56'sında PRM benign iken %44'ünde sertlik/nodül mevcuttu. PI-RADS dağılımı; PI-RADS 2 (%3), PI-RADS 3 (%69), PI-RADS 4 (%22) ve PI-RADS 5 (%6) şeklindeydi. Biyopsi yöntemleri olarak %49 TRUS randomize, %2 Perineal randomize, %22 TRUS MRG korele ve %27 Perineal MRG korele biyopsi tercih edildi. Patoloji sonuçlarına göre hastaların %70'ine (n=70) BPH, %30'una (n=30) PCa tanısı kondu. PCa saptanan hastaların ISUP dağılımı; ISUP 1 (n=19), ISUP 2 (n=7), ISUP 4 (n=1) ve ISUP 5 (n=3) olup, toplam csPCa oranı %11 olarak belirlendi.

Yapılan analizlerde, PRM'de sertlik/nodül varlığı hem PCa (p=0.001) hem de csPCa (p=0.042) saptanmasında istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. PSA dansite grubunun (>0.1) PCa tespiti ile anlamlı ilişkisi saptandı (p=0.022). İnflamatuar belirteçler incelendiğinde; yüksek csPCA_NLR (>3.83, p=0.035), yüksek csPCA_MLR (>1.50, p=0.004) ve yüksek csPCA_PLR (>649.40, p=0.004) değerleri csPCa varlığı ile istatistiksel olarak güçlü düzeyde anlamlı ilişkili bulundu. RDW/MCV, SII, SIRI ve AISI belirteçlerinin PCa veya csPCa ayrımında istatistiksel olarak anlamlı bir üstünlüğü gösterilemedi (p>0.05) (Tablo 1).

SONUÇ

PSA değeri 0-4 ng/mL gibi düşük seviyelerde olan hastalarda dahi %30 oranında PCa ve %11 oranında klinik anlamlı kanser (csPCa) saptanabilmektedir. Bu hasta grubunda PRM bulguları ve yüksek PSA dansitesi kritik önemini korurken, periferik kan tabanlı inflamatuar indekslerden özellikle NLR, MLR ve PLR'nin yüksek değerleri, klinik anlamlı prostat kanserini öngörmede yararlı ek parametreler olarak klinikte kullanılabilir.

Tablo 1: Hastaların Klinik ve İnflamatuvar Marker Özellikleri ve Histopatolojik Korelasyonları

			PCa İlişkisi (p-değeri)	csPCa İlişkisi (p-değeri)
PRM	Benign	%56 (n=56)		
	Sertlik / Nodül	%44 (n=44)	0,001	0,042
PSAdt	%10 'dan az	%88 (n=88)		
	%10' dan fazla	%12 (n=12)	0,022	0,098
RDW / MCV Oranı	Cut-off: 0.138 (PCa) / 0.141 (csPCa)		0,270	0,647
NLR	Cut-off: 1.60 (PCa) / 3.83 (csPCa)		0.128	0.035
MLR	Cut-off: 0.23 (PCa) / 1.50 (csPCa)		0,663	0,004
PLR (	Cut-off: 277.54 (PCa) / 649.40 (csPCa)		0,133	0,004
SII	Cut-off: 295.13 (PCa) / 825.02 (csPCa)		0,173	0,185
SIRI	Cut-off: 0.91 (PCa) / 2.61 (csPCa)		0,227	0,227
AISI	Cut-off: 214.73 (PCa) / 118.90 (csPCa)		0,175	0,915

SB-81) PRİMER RENAL HÜCRELİ KARSİNOMU TAKLİT EDEN PAPİLLER TİROİD KARSİNOMUNUN İZOLE RENAL METASTAZI:NADİR BİR OLGU SUNUMU

MEHMET SENCER SÖZEN(1) CEMİL EMRE YURTSEVEN(1) ÖMER FARUK ÖRNEK(2) KAMİL KÜL(1) HACI MURAT AKGÜL(1)

1. ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. HAKKARİ DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Kompleks kistik renal kitleler ürolojik pratikte sıklıkla primer renal hücreli karsinom (RHK) olarak değerlendirilmekte ve cerrahi tedavi planlanmaktadır. Bununla birlikte, nadir görülen metastatik lezyonlar benzer radyolojik özellikler gösterebilmekte ve tanısal güçlük oluşturabilmektedir. Bu olguda, Bosniak III-IV kompleks kistik renal kitle nedeniyle primer RHK ön tanısıyla opere edilen, ancak histopatolojik inceleme sonucunda papiller tiroid karsinomu (PTK) renal metastazı tanısı alan hastanın sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

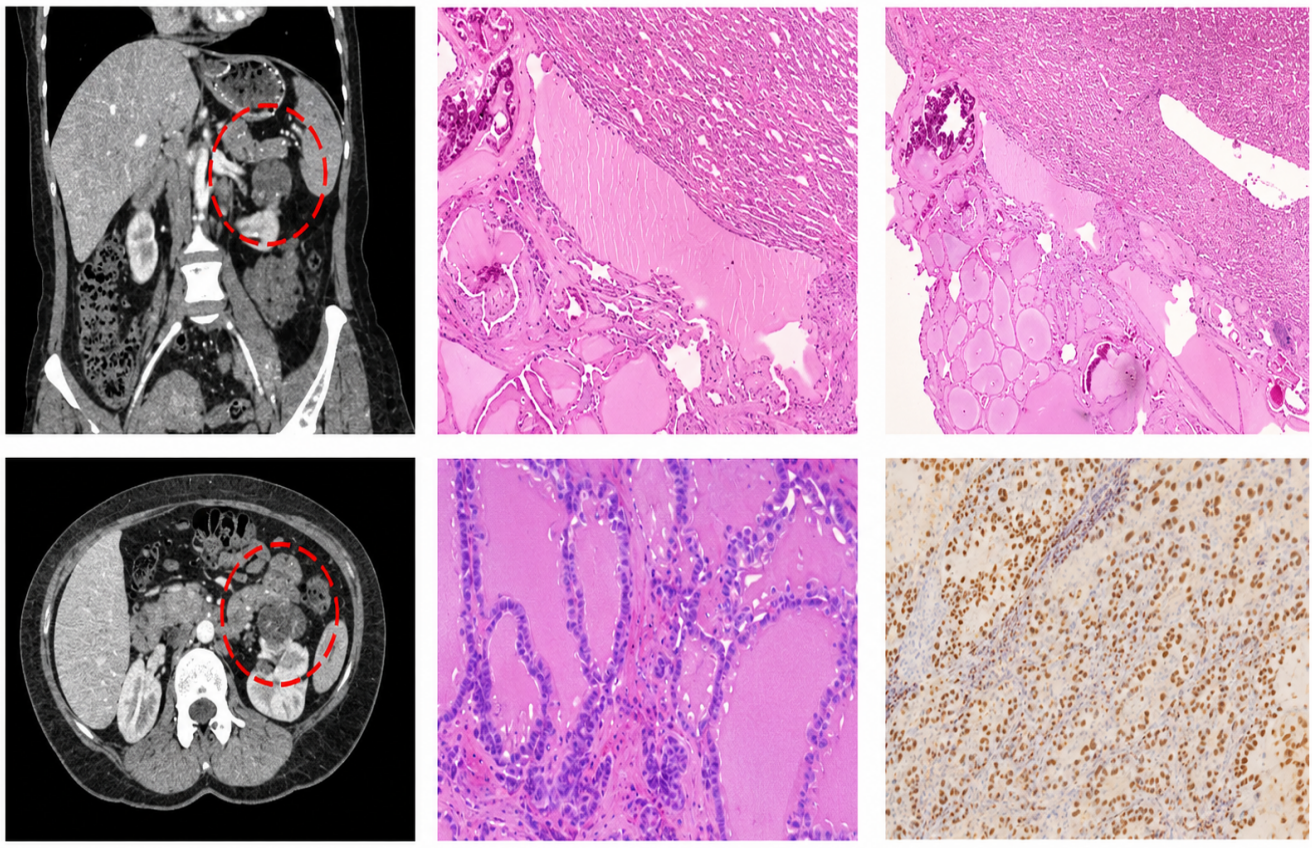
Kırk dört yaşında, bilinen malignite öyküsü bulunmayan kadın hastada kontrastlı batın bilgisayarlı tomografisinde sol böbrek üst polde 45×35 mm boyutunda, içerisinde solid kontrastlanan komponent bulunan Bosniak III-IV kompleks kistik lezyon saptandı (Şekil 1). Görüntüleme bulguları primer RHK lehine değerlendirilerek laparoskopik parsiyel nefrektomi uygulandı. Cerrahi spesimen histopatolojik ve immünohistokimyasal olarak incelendi. Beklenmeyen patolojik tanı sonrasında primer odağın araştırılması amacıyla tiroid değerlendirmesi gerçekleştirildi.

BULGULAR

Patolojik incelemede papiller mimari ile birlikte papiller tiroid karsinomuna özgü nükleer oluklanmalar, intranükleer psödoinklüzyonlar ve buzlu cam kromatini izlendi. İmmünohistokimyasal incelemede TTF-1 ve tiroglobulin pozitif, RCC belirteçleri ve cerrahi sınırları negatif saptanan olgunun metastatik PTK olduğu doğrulandı (Şekil 2). Sonrasında yapılan tiroid ultrasonografisi ve ince iğne aspirasyon biyopsisi primer papiller tiroid karsinomunu ortaya koydu. Hastaya total tiroidektomi ve santral boyun diseksiyonu uygulandı, ardından radyoaktif iyot ablasyonu ve TSH baskılama tedavisi verildi. On iki aylık takipte lokal nüks, yeni metastaz veya renal rekürrens izlenmedi; hasta biyokimyasal ve radyolojik olarak hastalıksız takip edilmektedir.

SONUÇ

Renal metastazlar, özellikle bilinen primer malignitesi olmayan hastalarda primer RHK'yi taklit ederek tanısal güçlük oluşturabilir. Bosniak III-IV kompleks kistik renal kitlelerde cerrahi tedavi uygun yaklaşım olmakla birlikte, beklenmeyen histopatolojik sonuçlarda metastatik hastalık olasılığı akılda tutulmalıdır. Histopatolojik ve immünohistokimyasal değerlendirme doğru tanının konulmasında vazgeçilmezdir. Bu olgu, atipik renal kitlelerin yönetiminde multidisipliner yaklaşımın ve patolojik değerlendirmenin önemini vurgulamaktadır.



Kontrastlı batın bilgisayarlı tomografisinde sol böbrek üst polde 45×35 mm boyutunda, içerisinde solid kontrastlanan komponent bulunan Bosniak III-IV kompleks kistik lezyon saptandı (Şekil 1) Hematoksilen-eozin boyamada papiller yapı, nükleer oluklanma ve papiller tiroid karsinomu ile uyumlu nükleer özellikler, TTF-1 immünohistokimyasal pozitifliği (Şekil 2)

SB-82) MULTİPARAMETRİK MRG'DE SUBKUTANÖZ ADİPOZ DOKU KALINLIĞI KLİNİK ANLAMLI PROSTAT KANSERİNİN YENİ BİR GÖRÜNTÜLEME BELİRTECİ OLABİLİR Mİ

UMUT ARSLAN(1) BURTAÇ TALHA AKKURT(1) AYTAÇ ŞAHİN(1)

1. FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÜROLOJI ANABILIM DALI, İSTANBUL

AMAÇ

Obezite ve adipoz doku, prostat kanseri gelişimi ve agresifliği ile ilişkilendirilmektedir. Bu çalışmada multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme (Mp-MRG) ile ölçülen subkutanöz adipoz doku kalınlığı (SADK) ve periprostatik adipoz doku kalınlığının (PPADK), klinik anlamlı prostat kanseri ve tümör agresifliği ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Retrospektif çalışmaya, biyopsi öncesi Mp-MRG bulunan ve transrektal ultrasonografi eşliğinde prostat biyopsisi ile prostat kanseri tanısı alan 378 hasta dahil edildi. Hastaların yaş, PSA, PSA dansitesi, prostat hacmi, PI-RADS v2.1 skoru, Gleason skoru, ISUP derecesi ve D'Amico risk sınıflaması kaydedildi. Mp-MRG üzerinde SADK ve PPADK ölçümleri yapılarak klinik ve patolojik parametrelerle ilişkileri analiz edildi. Ölçümlerin gözlemciler arası uyumu sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) ile değerlendirildi.

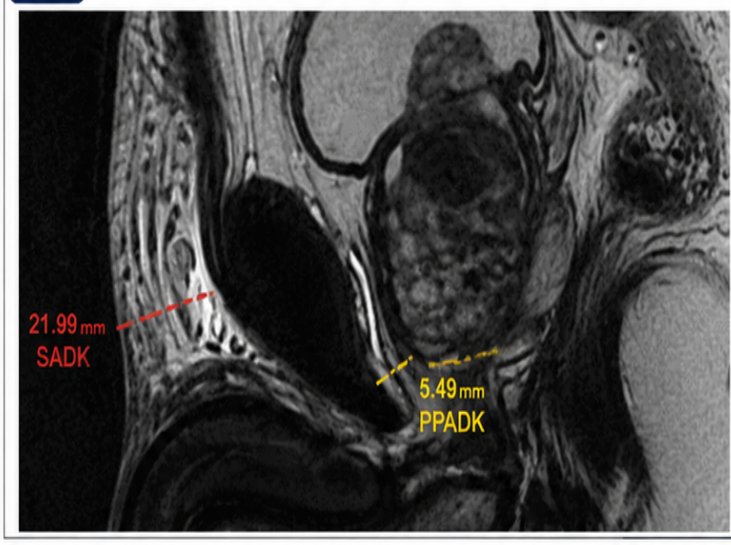
BULGULAR

Hastaların 237'si (%62,7) PI-RADS 4–5 grubunda yer almaktaydı. SADK, PI-RADS 4–5 grubunda PI-RADS 1–3 grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,022). Klinik anlamlı prostat kanseri (ISUP ?2) saptanan hastalarda da SADK anlamlı derecede artmıştı (p=0,022). Bu grupta yaş, PSA ve PSA dansitesi de anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla p=0,011, p<0,001 ve p<0,001). PPADK açısından PI-RADS, ISUP ve D'Amico risk grupları arasında anlamlı farklılık saptanmadı. D'Amico risk sınıflamasına göre her iki yağ dokusu ölçümü açısından da anlamlı fark izlenmedi. Gözlemciler arası uyum SADK için mükemmel (ICC=0,923), PPADK için iyi düzeydeydi (ICC=0,761).

SONUÇ

MRG'de kolaylıkla ve yüksek tekrarlanabilirlikle ölçülebilen SADK, yüksek PI-RADS skoru ve klinik anlamlı prostat kanseri ile ilişkili bulunmuştur. Buna karşın literatüre karşıt olarak PPADK'nin tümör agresifliğini öngörmede ek katkısı gösterilememiştir. SADK, mevcut klinik parametreleri tamamlayabilecek, invaziv olmayan ve kolay uygulanabilir bir görüntüleme biyobelirteci olarak prostat biyopsisi öncesi risk değerlendirmesinde umut vadeden bir parametre olabilir. Bulguların prospektif ve çok merkezli çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

(A) Mp-MRG'de SADK ve PPADK ölçüm yöntemi



SADK:
Pubik simfiz ön yüzü ile cilt arasındaki en kısa mesafe.

PPADK:
Prostat kapsülü ile pubik simfiz arasındaki en kısa yağ doku mesafesi.

(B) Ürolog ve radyolog arasındaki gözlemciler arası uyum (ICC)

Ölçüm	ICC (sınıf içi korelasyon katsayısı)	%95 Güven Aralığı	
		Alt sınır	Üst sınır
SADK Ürolog – Radyolog (n = 253)	0,936 (Mükemmel uyum)	0,915	0,952
PPADK Ürolog – Radyolog (n = 253)	0,761 (İyi uyum)	0,694	0,814

SADK ölçümünde mükemmel düzeyde, PPADK ölçümünde ise iyi düzeyde gözlemciler arası uyum saptandı. Bu bulgular SADK ölçümünün yüksek tekrarlanabilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

(C) PI-RADS risk gruplarına göre SADK ve PPADK ölçümlerinin karşılaştırılması

Parametre	PI-RADS 1–3 (Düşük riskli) Ortanca ± SS (Min–Maks)	PI-RADS 4–5 (Yüksek riskli) Ortanca ± SS (Min–Maks)	p değeri
SADK (mm) Ürolog	40,37 ± 13,70 (14,2 – 92,0)	44,53 ± 16,11 (10,9 – 110,0)	0,022*
PPADK (mm) Ürolog	5,08 ± 2,52 (1,15 – 13,6)	5,03 ± 2,72 (1,34 – 17,0)	0,593

Yüksek riskli (PI-RADS 4–5) grupta SADK anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p = 0,022). PPADK açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (p = 0,593). Bu bulgu, SADK'nın klinik anlamlı prostat kanseri ile ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Kısaltmalar: SADK: Subkutanöz adipoz doku kalınlığı; PPADK: Periprostatik adipoz doku kalınlığı; **Mp-MRG:** Multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme; **PI-RADS:** Prostat Görüntüleme – Raporlama ve Veri Sistemi; ICC: Sınıf içi korelasyon katsayısı.

*p < 0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

SB-83) MESANE TÜMÖRLERİNDE HOLMİYUM:YAG LAZER İLE EN-BLOK TÜMÖR ENÜKLEASYONU: TEK MERKEZ İLK DENEYİMLERİMİZ

FATİH YÜRÜK(1) FURKAN CİCİ(1) MEHMET YİĞİT YALÇIN(1) İBRAHİM GÜVEN KARTAL(1) MUSTAFA OZAN HORSANALI(1)

1. İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ ÇİĞLİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, ÜROLOJİ KLİNİĞİ

AMAÇ

Kasa invaze olmayan mesane kanserinde konvansiyonel transüretral mesane tümörü rezeksiyonu (TUR-M) günümüzde altın standart tedavi yöntemidir. Ancak fraksiyone rezeksiyon; tümör fragmantasyonu, histopatolojik değerlendirmede güçlük, detrusor kasının yetersiz örneklenmesi ve obturator sinir refleksine bağlı komplikasyonlar gibi çeşitli sınırlılıklara sahiptir. Son yıllarda geliştirilen en-blok rezeksiyon teknikleri bu dezavantajları azaltmayı hedeflemektedir. Bu çalışmada 4 cm ve altındaki primer kasa invaziv olmayan mesane tümörü olgularında uyguladığımız holmiyum: YAG lazer ile en-blok tümör enükleasyonunun cerrahi, patolojik ve erken onkolojik sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde Ocak 2025 –Temmuz 2026 tarihleri arasında primer tanı alan ve sistoskopik değerlendirmede 4 cm ve altındaki mesane tümörü nedeniyle holmiyum:YAG lazer (1 joule , 10 hz , 10 watt ablasyon modu) ile tümör çevresi lazer ile işaretlenerek en-blok tümör enükleasyonu uygulanan hastalar retrospektif olarak incelendi. Değerlendirilen parametreler; demografik veriler, peroperatif veriler, patolojik veriler, perop ve post op komplikasyonlar, onkolojik takip verileri değerlendirildi. (Yaş, cinsiyet , VKİ (vücut kitle indeksi), komorbiditeler, sigara öyküsü, tümör boyutu, tümör sayısı, operasyon süresi, patolojik evre, tümör derecesi, detrüsör kası elde edilme oranı, obturator sinir refleksi, perioperatif komplikasyonlar, re-TUR gereksinimi, intravezikal kemoterapi/BCG uygulanması, takipte nüks)

BULGULAR

Çalışmaya 26 hasta dahil edildi. Rekürren mesane tümör hastaları ve 18 yaş altı hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların ortalama yaşı 63,1 yıl olup olguların %80,8'i erkekti. Ortalama tümör boyutu 2,13 cm, ortalama operasyon süresi ise 32,1 dakika bulundu. Tüm olgularda holmiyum:YAG lazer ile en-blok enükleasyon başarıyla gerçekleştirildi ve hiçbir hastada obturator sinir refleks ve perforasyon izlenmedi. Patolojik incelemede olguların büyük çoğunluğunu Ta evresi (%61,5) oluştururken, 5 hastada PUNLMP, 4 hastada T1 ve 1 hastada T2 tümör saptandı. Histolojik değerlendirmede düşük dereceli tümörler baskın olup, değerlendirilebilen olguların %66,7'sinde detrüsör kası örneklenmesi sağlandığı izlendi. Erken dönem takiplerinde iki hastada (%7,7) nüks gözlenirken,4 hastada Re-TUR ihtiyacı oldu. Komplikasyon olarak beş hastada üretral darlık ve bir hastada hematüri gelişti.

SONUÇ

Holmiyum:YAG lazer ile en-blok tümör enükleasyonu, özellikle kas invaziv olmayan görünümdeki mesane tümörlerinde güvenli ve uygulanabilir bir cerrahi yöntem olarak tercih edilebilir. Serimizde tüm olgularda en-blok rezeksiyonun başarıyla gerçekleştirilebilmesi, hiçbir hastada obturator sinir refleks ve mesane perforasyonu izlenmemesi ve kabul edilebilir operasyon süreleri tekniğin önemli avantajlarını desteklemektedir. Ayrıca olguların büyük çoğunluğunda kas invaziv olmayan hastalık saptandığı, düşük erken nüks oranı elde edildiği ve ciddi perioperatif komplikasyon gözlenmediğini tespit ettik. Bu bulgular, holmiyum:YAG lazer ile en-blok enükleasyonun uygun hasta seçiminde konvansiyonel TUR-M'ye etkili bir alternatif olabileceğini düşündürmektedir. Yöntemin onkolojik etkinliğinin ve güvenilirliğinin ortaya konulması için daha geniş hasta serileri ve karşılaştırmalı prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Parametreler	**Hasta Sayısı (n=26)**
Yaş (yıl)	63,09 (44–81)
VKİ (kg/m²)	27,07 (18,40–34,56)
Cinsiyet,	**n (%)**
Erkek	21 (80,8)
Kadın	5 (19,2)
Komorbiditeler,	**n (%)**
Hipertansiyon	16 (61,5)
Koroner arter hastalığı	11 (42,3)
Diabetes mellitus	6 (23,1)
Sigara öyküsü	20 (76,9)
Kardiyak operasyon öyküsü	6 (23,1)
Onkolojik operasyon öyküsü	2 (7,7)
Tümör özellikleri	**(min-max)**
Tümör boyutu (cm)	2,13 (0,5–4,0)
Tümör sayısı	1,3 (1-3)
Tümör lokalizasyonu	**n (%)**
Lateral duvar	22 (84,6)
Posterior duvar	3 (11,5)
Trigon	1 (3,8)
Kubbe	1 (3,8)

Parametreler	**Hasta Sayısı (n=26)**
Operasyon süresi (dk)	32,11 (15–60)
Obturator sinir refleks	0 (%0)
Perforasyon (Endoskopik saptanan)	0 (%0)
Patolojik evre	**n (%)**
PUNLMP	5 (19,2)
Ta	16 (61,5)
T1	4 (15,4)
T2	1 (3,8)
Histolojik derece	**n (%)***
Low grade	15 (72)
High grade	6 (28)
Detrüsör kası örneklenmesi	**n (%)***
Mevcut	14 (66,7)
Yok	7 (33,3)

* Grade ve detrüsör kası analizi yalnızca verisi mevcut hastalar üzerir

Parametreler	**n (%)**
Tek doz intravezikal epirubisin	20 (76,9)
BCG uygulanan	3 (11,5)
Nüks	2 (7,7)
Re-TUR	4 (15.5)
Komplikasyonlar	**n (%)**
Üretral darlık	5 (19,2)
Hematom	1 (3,8)

SB-84) KASA İNVAZİV OLMAYAN MESANE KANSERİNDE PREOPERATİF İNFLAMATUAR İNDEKSLERİN NÜKS VE PROGRESYONU ÖNGÖRMEDEKİ ROLÜ VE PREDİKTİF DEĞERLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

BATUHAN DOĞUER(1) HULUSİ SITKI DAYISOYLU(1) CENK MURAT YAZICI(1) DUYGU SIDDIKOĞLU(2) RIDVAN ÖZCAN(1) MEHMET FATİH ŞAHİN(1) ÇAĞRI DOĞAN(1)

1. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Bu çalışmada, Kasa İnvaziv Olmayan Mesane Kanseri (KİOMK) tanısıyla takip edilen hastalarda preoperatif 9 inflamatuar indeksin (nötrofil-lenfosit oranı (NLR), platelet-lenfosit oranı (PLR), sistemik inflamatuar immun endeksi (SII), pan-immun-inflamasyon değeri (PIV), sistemik inflamasyon yanıt endeksi (SIRI), prognostik nütrisyon endeksi (PNI), CRP-albümin oranı (CAR), lenfosit-monosit oranı (LMR), lenfosit-düzeltilmiş kalsiyum oranı (LCR)) nüks ve progresyonu öngörmedeki klinik değerlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

2015-2025 tarihleri arasında KIOMK nedeniyle takip edilen 545 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. İlk tanı anında kasa invaziv mesane kanseri tanısı alan hastalar, kronik hematolojik hastalığı olan hastalar ve sistemik enfeksiyonu olduğu saptanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. İndekslerin tanısal performansları ROC eğrisi analizi ile değerlendirilerek eşik değerleri saptandı. Rekürrensiz sağkalım (RFS) ve progresyonsuz sağkalım (PFS) analizleri Cox Proportional Hazards modelleri ile yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 455 hasta dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo-1'de sunulmuştur. Hastaların 125'inde (%27,5) nüks saptanırken, 330'unda (%72,5) nüks saptanmadı. Nüks gelişen ve gelişmeyen gruplar arasında yapılan değerlendirmede; CAR (ortanca 0,97 vs 0,82; p=0,043), SIRI (ortanca 1,13 vs 1,26; p=0,024) ve LMR (ortanca 3,80 vs 3,49; p=0,037) düzeyleri nüks ile anlamlı ilişkili bulundu. CAR, progresyon açısından en yüksek ayırt edici performansı gösterdi (AUC=0,678; eşik değer = 0,67), diğer indekslerin performansı ise sınırlı kaldı (Tablo 2).

Çok değişkenli Cox analizinde preoperatif CAR >2,38 olmasının nüks riskini bağımsız olarak 2,09 kat arttırdığı belirlendi (HR=2,09; %95 GA: 1,39-3,14; p<0,001). Takip süresinde 34 hastada (%7,5) progresyon gelişti. Progresyon gösteren grupta CAR düzeyi anlamlı derecede yüksekti (ortanca 1,21 vs 0,82; p<0,001). ROC analizinde CAR eşik değeri 0,67 (AUC=0,678) alındığında %88,2 duyarlılık ve %40,1 özgüllük saptanırken çok değişkenli Cox analizinde eşik değer CAR > 0,67 olan hastaların progresyon riskini bağımsız olarak 3,98 kat artırdığı saptandı (HR=3,98; %95 GA: 1,39-11,36; p=0,010). Diğer indeksler ile progresyon arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05). (Şekil 1 ve Şekil 2) Tek ve çok değişkenli Cox regresyon analizlerinin ayrıntıları Tablo 3'te sunulmuştur.

SONUÇ

Preoperatif artmış CAR değeri, KİOMK hastalarının takibinde hem nüks hem de progresyon gelişimini öngörmede bağımsız ve en güçlü inflamatuar indeks olarak öne çıkmaktadır. Bu indeks, klinisyen için uyarıcı bir parametre olup, bu hastaların takip ve tedavisinin daha yakın, düzenli ve invaziv yapılması gerektiğine dikkat çekebilir. İnflamatuar endeksler, KİOMK risk sınıflandırmasında ve kişiselleştirilmiş takip protokollerinde kullanılabilecek basit ve ucuz yöntemler olarak kullanılabilinir.

Tablo 1. Hastaların Demografik, Klinik ve Patolojik Özelliklerinin Dağılımı

Parametre / Özellik	Değer / Dağılım
Yaş (Yıl), Ortanca [IQR]	65,0 [59,0- 72,0]
Yaş (Yıl), SS	65,5 ± 11,2
Cinsiyet, n (%)	
Erkek	395 (%86,8)
Kadın	60 (%13,2)
Sigara Öyküsü, n (%)	287 (%63,1)
Komorbiditeler, n (%)	
Diabetes Mellitus (DM)	120 (%26,4)
Hipertansiyon (HT)	215 (%47,3)
Kardiyovasküler Hastalık (KVH)	122 (%26,8)
2021 EAU NMIBC Risk Grubu, n (%)	
Düşük Risk	137 (%30,1)
Orta Risk	129 (%28,4)
Yüksek Risk	159 (%34,9)
Çok Yüksek Risk	30 (%6,6)
Tümör Sayısı, n (%)	
Tek	306 (%67,3)
2-7	147 (%32,3)
8+	1 (%0,2)
Tümör Boyutu, n (%)	
<3 cm	161 (%35,4)
≥ 3 cm	294 (%64,6)
İlk Tanı T Evresi, n (%)	
Ta	256 (%56,3)
T1	193 (%42,4)
CIS	6 (%1,3)
Tümör Derecesi (Grade), n (%)	
Düşük Dereceli (LG)	236 (%51,9)
Yüksek Dereceli (HG)	213 (%46,8)
CIS	6 (%1,3)
Eşlik Eden CIS, n (%)	20 (%4,4)
Lenfovasküler İnvazyon (LVI), n (%)	6 (%1,3)
Post-op Erken Epirubisin, n (%)	120 (%26,4)
BCG Tedavisi Varlığı, n (%)	231 (%50,8)
Takip Süresi (Ay), Ortanca [IQR]	42,0 [25,5- 64,5]

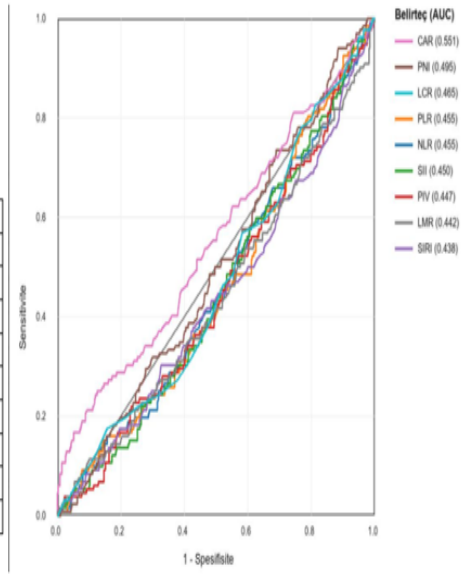
Tablo 2. Preoperatif İnflamatuar İndekslerin ROC Analizi Sonuçları ve Optimal Eşik Değerleri

İndeks	Ortanca [IQR]	Nüks AUC (p)	Nüks Eşik Değer	Progresyon AUC (p)	Progresyon Eşik Değer
NLR	2,18 [1,38- 3,12]	0,566 (0,072)	2,90	0,507 (0,860)	1,66
PLR	118,5 [39,2 - 158,4]	0,542 (0,169)	109,36	0,510 (0,944)	94,15
SII	512,5 [340,1 - 910,4]	0,542 (0,077)	415,96	0,532 (0,549)	440,24
PIV	205,1 [162,3 - 400,4]	0,567 (0,062)	336,26	0,511 (0,809)	515,25
SIRI	1,22 [0,88 - 1,95]	**0,568 (0,024)**	0,65	0,536 (0,484)	1,66
PNI	48,2 [44,1 - 52,0]	0,307 (0,809)	52,48	0,509 (0,940)	32,85
CAR	0,85 [0,46 - 1,62]	**0,561 (0,043)**	2,38	**0,678 (<0,001)**	0,62
LMR	3,59 [2,92 - 4,46]	**0,563 (0,037)**	4,11	0,575 (0,148)	2,36
LCR	0,42 [0,28 - 0,61]	0,523 (0,242)	0,21	0,546 (0,270)	0,20

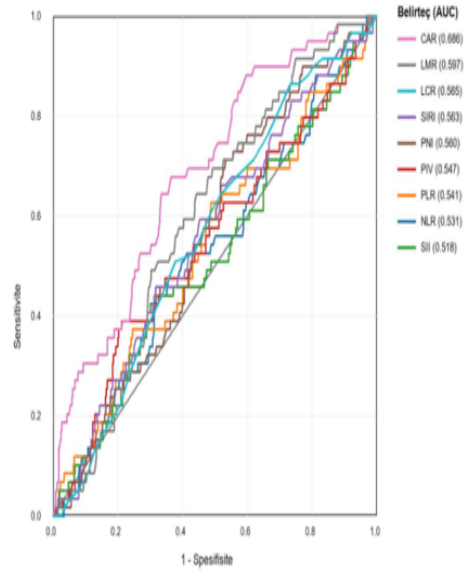
Tablo 3. Nüks Gelişimini Öngören Faktörlerin Tek ve Çok Değişkenli Cox Regresyon Analizi

Parametre / Değişken	Tek Değişkenli Analiz HR (%95 GA)	p Değeri	Çok Değişkenli Analiz HR (%95 GA)	p Değeri
Tümör Boyutu (≥ 3 cm)	1,85 (1,22 - 2,80)	**0,004**	1,62 (1,05 - 2,51)	**0,028**
Tümör Sayısı (Çoklu)	2,10 (1,45 - 3,05)	**< 0,001**	1,88 (1,28 - 2,75)	**0,001**
T Evresi (T1 vs Ta)	1,55 (1,08 - 2,22)	**0,018**	1,24 (0,82 - 1,88)	0,308
Tümör Derecesi (HG vs LG)	1,72 (1,18 - 2,50)	**0,005**	1,31 (0,88 - 1,96)	0,185
SIRI (> 0.85)	1,58 (1,06 - 2,35)	**0,024**	1,42 (0,94 - 2,14)	0,095
CAR (> 2,38)	1,64 (1,01 - 2,66)	**0,043**	1,51 (1,02 - 2,24)	**0,039**
LMR (≤ 4,11)	1,52 (1,02 - 2,26)	**0,037**	1,28 (0,84 - 1,95)	0,248

Şekil 1. Nüks için ROC eğrisi



Şekil 2. Progresyon için ROC eğrisi



SB-85) TESTİKÜLER GERM HÜCRELİ TÜMÖRLERDE AKTİF İZLEM İLE KEMOTERAPİNİN NÜKS ÜZERİNE ETKİSİ: PROPENSITY SKORUNA DAYALI IPTW ANALİZİ

İSMAİL ÖNDER YILMAZ(1) MEHMET ZUBAROGLU(2) SEVİNÇ PÜREN YÜCEL(3) SEYDA ERDOGAN(4) MEHMET GÜRKAN ARIKAN(1) NEBİL AKDOĞAN(1) MUTLU DEĞER(1) VOLKAN İZOL(5)

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana, Türkiye
2. Tarsus Devlet Hastanesi, Mersin, Türkiye
3. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı, Adana, Türkiye
4. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Adana, Türkiye
5. özel Çukurova Üroloji Merkezi, Adana, Türkiye

AMAÇ

Testiküler germ hücreli tümörler (TGHT), genç erkeklerde en sık görülen solid malignitelerdir. Gerçek yaşam klinik uygulamalarında tedavi seçiminin randomize olmaması ve hastalık yükü daha fazla olan hastaların çoğunlukla kemoterapi ile tedavi edilmesi, endikasyona bağlı karıştırıcılığa yol açabilmektedir. Bu çalışmada, gruplar arasındaki başlangıç farklılıklarını dengelemek ve seçim yanlılığını azaltmak amacıyla propensity skoruna dayalı ters tedavi olasılığı ağırlıklandırması (inverse probability of treatment weighting, IPTW) yöntemi kullanılarak aktif izlem ile kemoterapinin nüks üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

2015–2024 yılları arasında TGHT nedeniyle radikal orşiektomi uygulanan 114 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar aktif izlem ve kemoterapi gruplarına ayrıldı. Gerçek yaşam klinik uygulamalarını yansıtmak amacıyla metastatik (M1) hastalığı bulunan olgular da dâhil olmak üzere tüm kohort değerlendirmeye alındı. TNM evresi, serum tümör belirteçleri ve histolojik özellikler dâhil olmak üzere başlangıç kovaryatlarının dengelenmesi ve ağırlıklandırılmış bir psödo-popülasyon oluşturulması amacıyla PSM uygulandı. Kalan dengesizlikleri kontrol etmek için çift sağlam (doubly robust) düzeltme yöntemi kullanıldı. Nüksün bağımsız öngördürücüleri çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile belirlendi.

BULGULAR

Çalışma kohortunda genel nüks oranı %25,4 olarak saptandı. Düzeltilmemiş analizde kemoterapi uygulanan hastalarda nüks riskinin daha yüksek olduğu görüldü; ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi (OR: 1,71; %95 GA: 0,68–4,75; p=0,271). Propensity skoruna dayalı IPTW düzeltmesi sonrasında ilişkinin yönü tersine döndü ve kemoterapi daha düşük nüks riskiyle ilişkili görünmekle birlikte bu sonuç da istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (OR: 0,63; %95 GA: 0,26–1,50; p=0,285). Bu bulgu, düzeltilmemiş analizde gözlenen farkın büyük ölçüde tedavi grupları arasındaki başlangıç risk heterojenitesinden kaynaklandığını göstermektedir. Çok değişkenli analizde non-seminomatöz histoloji (OR: 2,99; %95 GA: 1,08–8,24; p=0,035) ve M1 evresi (OR: 2,83; %95 GA: 1,13–7,06; p=0,025) nüksün bağımsız öngördürücüleri olarak belirlendi(Tablo 1).

SONUÇ

TGHT'de nüks riski, tedavi seçeneğinden çok tümör biyolojisi ve başlangıçtaki hastalık yüküyle ilişkili görünmektedir. IPTW ile seçim yanlılığı azaltıldığında aktif izlem ile kemoterapi arasında nüks açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Table 1. Comparison of Baseline Characteristics Between Groups Before and After Propensity Score Weighting

	Original cohort (Before IPTW)			Balanced cohort (After IPTW)		
	Active Surveillance Group (n=37)	Chemotherapy Group (n=77)	$\|SMD\|$	Active Surveillance Group	Chemotherapy Group	$\|SMD\|$
Age	31.0(27.5-41.0)	32.0(25.0-38.0)	0.097	29.6(23.0-40.0)	32.0(25.0-38.2)	0.071
Laboratory findings						
AFP	2.6(1.5-40.6)	16.4(2.7-56.5)	0.238	2.6(1.4-55.0)	9.9(2.7-55.0)	0.133
β-hCG	4.4(0.5-81.1)	27.0(1.3-69.9)	0.232	2.3(0.6-50.7)	27.0(1.2-73.0)	0.075
LDH	240.0(187.5-300.0)	300.0(202.5-367.0)	0.293	255.9(205.5-288.9)	300.0(190.4-367.0)	0.001
Testosterone	2.6(2.6-2.6)	2.6(2.6-2.6)	0.028	2.6(2.6-2.6)	2.6(2.6-2.6)	0.003
Tumor characteristics						
Tumor size(mm)	38.0(24.0-54.0)	45.0(25.0-55.0)	0.130	30.0(23.0-51.9)	45.0(25.3-53.3)	0.161
Laterality, n(%)						
Left	18(48.6)	35(45.5)	0.032	39.2	50.2	0.110
Right	19(51.4)	42(54.5)		60.1	49.8	
Histopathology						
Pathology, n(%)						
Seminoma	20(54.1)	26(33.8)	0.203	38.1	39.4	0.013
Non-seminoma	17(45.9)	51(66.2)		61.9	60.1	
Rete testis invasion, n(%)	4(10.8)	17(22.1)	0.113	27.7	18.6	0.091
Lymphovascular invasion, n(%)	10(27.0)	33(42.9)	0.158	43.0	38.0	0.050
pT stage, n(%)						
pT1	27(73.0)	43(55.8)	0.171	56.6	61.3	0.047
≥pT2	10(27.0)	34(44.2)		43.4	38.7	
Clinical staging (TNM)						
N stage, n(%)						
N0	31(83.8)	39(50.6)	0.331	62.3	61.8	0.005
N1-3	6(16.2)	38(49.4)		37.7	38.2	
M stage, n(%)						
M0	33(89.2)	48(62.3)	0.269	70.0	71.2	0.012
M1	4(10.8)	29(37.7)		30.0	28.8	
S stage, n(%)						
S0	23(62.2)	28(36.4)	0.258	46.3	45.2	0.011
S1	13(35.1)	37(48.1)	0.129	50.3	43.6	0.067
Other	1(2.7)	12(15.6)	0.129	3.4	11.2	0.077

Unless otherwise specified data was expressed as median(IQR).
IPTW: Inverse probability weighting, SMD: Standardized mean difference, pT stage: Pathological T stage, N stage: Nodal stage, M stage: Metastasis stage, S stage: Serum tumor marker stage.

SB-86) MESANE KANSERİNİN TANISI VE NÜKSÜNDE POTANSİYEL YENİ BİR BİYOBELİRTEÇ OLARAK PREGNANCY-ASSOCİATED PLASMA PROTEİN-A (PAPP-A)'NIN DEĞERLENDİRİLMESİ: SİSTEMİK İNFLAMATUVAR BELİRTEÇLERLE KARŞILAŞTIRMALI 5 YILLIK TAKİPLİ PROSPEKTİF BİR KOHORT ÇALIŞMASI

MAHMUT TAHA ÖLÇÜCÜ(1) ERAY ÖZTÜRK(1) ŞAHİN KILIÇ(1) MURAT ŞAMBEL(1) KAYHAN YILMAZ(1) SİBEL KULAKSIZOĞLU(2) MEHMET GÖKHAN ÇULHA(3)

1. ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, Üroloji A.B.D.
2. ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, Biyokimya A.B.D.
3. Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Üroloji Ana Bilim Dalı

AMAÇ

Amaç: Bu çalışmada Pregnancy-Associated Plasma Protein-A (PAPP-A) ile sistemik inflamatuvar belirteçlerin mesane kanseri tanısı ve nüksünün öngörülmesindeki klinik değerinin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Şubat 2020–Ocak 2021 tarihleri arasında prospektif olarak 48 primer mesane kanseri ve 52 kontrol hastası çalışmaya dahil edildi. Grupların demografik özellikleri, hematolojik parametreleri, Systemic Immune-Inflammation Index (SII), Pan-Immune-Inflammation Value (PIV), Systemic Inflammation Response Index (SIRI) ve serum PAPP-A düzeyleri karşılaştırıldı. Mesane kanseri hastaları standart protokole uygun olarak en az 5 yıl takip edilerek nüks gelişimi değerlendirildi. Tanısal performans için ROC analizi yapılarak biyobelirteçlerin kesim değeri, duyarlılık ve özgüllükleri hesaplandı.

BULGULAR

Yaş ve vücut kitle indeksi bakımından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).Takip süresi Median 65 ay IQR (60-72) idi.Mesane kanseri grubunda beyaz küre ve nötrofil sayıları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksekti (her ikisi için p=0,003). SII, PIV ve SIRI değerleri de kanser grubunda anlamlı olarak artmış bulundu (sırasıyla p=0,025; p=0,048; p=0,035). Ortalama PAPP-A düzeyi mesane kanseri grubunda kontrol grubuna göre belirgin olarak yüksekti (2,90±0,62 ve 2,31±0,71; p=0,001). Beş yıllık takipte nüks gelişen hastalarda monosit ve trombosit sayıları anlamlı derecede yüksek bulundu (p=0,012 ve p=0,041). PAPP-A düzeyi nüks grubunda daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (p=0,138). ROC analizinde PAPP-A için 2,74 kesim değerinde %74,5 duyarlılık ve %75 özgüllük elde edildi ve diğer inflamatuvar belirteçlerden daha yüksek tanısal performans gösterdi. Tablo 1-2-3-4 te bulgular gösterilmiştir.

SONUÇ

Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma, PAPP-A'nın mesane kanseri tanısı ve nüks üzerindeki klinik önemini değerlendiren literatürdeki ilk çalışmadır. PAPP-A'nın mesane kanseri tanısında umut vadeden yeni bir serum biyobelirteci olduğunu göstermektedir. Daha geniş, çok merkezli prospektif çalışmalarla bulgularımızın doğrulanması, PAPP-A'nın mesane kanserinin tanı algoritmalarında yer almasına katkı sağlayabilir.

Değişkenler	Nüks yok(Mekan)	Nüks yok(Sd)	Nüks var(Mekan)	Nüks var(Sd)	p
Yaş(yıl)	61,98	9,2	61,00	7,80	0,781
BMI(Vücut kitle endeksi)	24,15	7,50	23,16	9,58	0,747
ALT	23,50	21,21	19,63	14,66	0,625
AST	21,45	12,04	18,50	7,03	0,508
De ritis oranı	1,09	0,42	1,09	0,28	0,997
WBC(Akyuvar)	9297,50	3137,57	8850,00	2029,07	0,701
Nötrofil	6004,00	2755,70	5243,75	1483,19	0,455
Lenfosit	2372,75	988,56	2608,75	863,41	0,533
Monosit	670,54	246,52	1346,25	1612,80	0,012
Platelet(Trombosit)	262400,00	61435,73	318125,00	98473,26	0,041
Mekan Platelet Volume(MPV)	295,27	1800,83	10,34	0,79	0,659
Preop Hb(Ameliyat öncesi hemoglobin)	1134,39	7083,93	5499,65	15515,68	0,212
Nötrofil/Lenfosit Oranı	3,14	2,57	2,23	1,09	0,331
Lenfosit/Monosit oranı	16,95	83,76	3,33	1,81	0,651
Platelet/Lenfosit Oranı	133,56	76,80	137,06	74,43	0,906
SII(Sistemik İmmün-İnflamatuar İndeks)	849,67	864,46	758,16	585,90	0,777
PIV(Pan-İmmün-İnflamatuar Değer)	530030,05	509054,45	932332,73	949790,85	0,089
SIRI(Sistemik İmmün-İnflamatuar Yanıt İndeksi)	2011,71	1724,07	2996,35	3381,97	0,224
PAPP-A DEĞERİ	2,84	0,63	3,23	0,48	0,138

(Tablo-4):Mesane Kanseri Grubunda Nüks Varlığını Öngörmede Biyobelirteçlerin Karşılaştırılması

Tablo 1. Tanı anındaki gruplar arasındaki demografik ve anlamlı olan laboratuvar bulgularının gösterilmesi.

Değişken	Kontrol (Ortalama ± SS)	Mesane Kanseri (Ortalama ± SS)	p
Yaş (yıl)	59.44 ± 10.94	61.81 ± 8.91	0.240
Vücut Kitle İndeksi (BMI)	25.83 ± 6.09	23.99 ± 7.78	0.188
Beyaz Kan Hücresi (WBC)	7659.82 ± 2207.31	9222.92 ± 2968.22	0.003
Nötrofil	4545.96 ± 1769.16	5877.29 ± 2590.54	0.003
Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksi (SII)	552.74 ± 342.47	834.42 ± 820.00	0.025
Pan-İmmün İnflamasyon Değeri (PIV)	391030.41 ± 404981.57	597080.50 ± 610197.43	0.048
Sistemik İnflamasyon Yanıt İndeksi (SIRI)	1460.35 ± 1186.29	2175.82 ± 2075.45	0.035
PAPP-A Düzeyi	2.31 ± 0.71	2.90 ± 0.62	0.001

PAPP-A: Pregnancy-Associated Plasma Protein A (Gebelikle İlişkili Plazma Proteini A)

PIV: Pan-Immune-Inflammation Value (Pan-İmmün-Enflamasyon Değeri)

SII: Systemic Immune-Inflammation Index (Sistemik İmmün-Enflamasyon İndeksi)

SIRI: Systemic Inflammation Response Index (Sistemik Enflamasyon Yanıt İndeksi)

Tablo 2. Tanı Anında PAPP-A ve sistemik inflamatuvar belirteçlerin multivariate analizi

Test Result Variable(s)	Area	Std. Error[a]	Asymptotic Sig.[b]	Asymptotic 95% Confidence Interval Lower Bound	Upper Bound
De Ritis Oranı	,467	,059	,575	,351	,583
Nötrofil / Lenfosit Oranı	,588	,058	,130	,475	,702
Lenfosit/Monosit Oranı	,471	,059	,621	,356	,586
Platelet/Lenfosit	,515	,059	,801	,399	,631
SII	,610	,057	,060	,498	,721
PIV	,631	,057	,025	,519	,742
SIRI	,610	,057	,060	,498	,722
PAPP-A DEĞERİ	,756	,050	,000	,658	,854

Tablo 3. Biyobelirteç Tanı Performans Tablosu

Belirteç (Marker)	Eşik Değeri (Cut-off)	Duyarlılık (Sensitivite)	Seçicilik (Spesifite)
SII	515,91	%58,3	%63,5
PIV	311.771,00	%64,6	%63,5
SIRI	1.179,50	%61,7	%51,8
PAPP-A	2,74	%74,5	%75,0

SB-87) RADİKAL SİSTEKTOMİ YAPILAN T1 EVRE MESANE KANSERİ HASTALARINDA KLİNİK ANLAMLI PROSTAT KANSERİ BİRLİKTELİĞİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

BARIŞ DOĞAN(1) MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1) MEHMED UĞUR MUNGAN(1)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Mesane kanseri nedeniyle radikal sistektomi (RS) uygulanan erkek hastaların spesimenlerinde rastlantısal prostat adenokarsinomu saptanma oranı literatürde yadsınamayacak düzeydedir. Özellikle yüksek riskli T1 evre mesane kanserlerinde, intravezikal Bacillus Calmette-Guérin (BCG) tedavisi ve buna bağlı gelişen kronik lokal inflamasyon süreçleri ile karsinoma in situ (CIS) varlığının eşlik eden klinik anlamlı prostat kanseri (csPCa) odağı ile ilişkisi tam olarak netleşmemiştir. Bu çalışmanın amacı, T1 evre mesane kanseri nedeniyle erken dönemde veya BCG yanıtsızlığı sonrasında RS yapılan hastalarda csPCa sıklığını belirlemek ve tümör histolojisi, CIS varlığı ve BCG öyküsü gibi klinikopatolojik parametrelerin csPCa varlığı üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Mayıs 2021 ile Mayıs 2025 tarihleri arasında mesane kanseri tanısıyla kliniğimizde RS uygulanan toplam 113 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Bu hastalar arasından, erkek cinsiyette olan, ilk tanı anında T1 evrede yakalanıp BCG tedavisi yanıtsızlığı nedeniyle RS uygulanan veya çok yüksek riskli karsinom özellikleri taşıdığı için doğrudan erken RS yapılan 40 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar; varyant histoloji varlığı (saf TCC vs. Varyant), eşlik eden CIS varlığı ve intravezikal BCG tedavi öyküsüne göre gruplandırıldı. RS materyallerinde saptanan patolojik csPCa varlığı ile bu gruplar arasındaki ilişki analiz edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 40 hastanın yaş ortalaması 67,97 ± 9,11 yıl, ortalama Vücut Kitle İndeksi (VKİ) ise 25,78 ± 3,90 kg/m² olarak saptandı. Tüm kohortun %22,5'inde (n=9) CIS varlığı, %57,5'inde (n=23) varyant histoloji mevcuttu ve %37,5'i (n=15) RS öncesinde BCG tedavisi almıştı. Patolojik inceleme sonucunda hastaların %12,5'inde (n=5) csPCa saptandı. Yapılan analizlerde, csPCa saptanan hastaların yaş ortalamasının anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi (p=0,018). Buna karşın VKİ değerleri csPCa olan ve olmayan gruplar arasında benzer dağılım gösterdi (p=0,721). csPCa saptanma oranları açısından CIS varlığı (p=1,000), varyant histoloji varlığı (p=0,634) ve BCG tedavi öyküsü (p=0,633) yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 1).

SONUÇ

Çalışmamızda, RS uygulanan bu spesifik hasta grubunda rastlantısal csPCa oranı %12,5 olarak bulunmuştur. İleri yaş, csPCa saptanması açısından güçlü ve anlamlı bir risk faktörü olarak öne çıkarken; tümörün varyant histoloji içermesi, CIS varlığı veya hastanın daha önce intravezikal BCG tedavisi almış olması csPCa sıklığını istatistiksel olarak etkilememiştir. Gözlenen yüzdesel farklar dikkat çekici olsa da örneklem boyutundan dolayı istatistiksel anlamlılığa ulaşamamıştır. Bu bulgular, BCG'ye bağlı lokal inflamasyonun veya CIS karsinojenezisinin klinik anlamlı prostat adenokarsinomu varlığı üzerinde doğrudan tetikleyici bir rol oynamayabileceğini düşündürmektedir. Hasta sayısının kısıtlı olması çalışmanın temel limitasyonu olup, bulguların çok merkezli ve daha geniş serilerle desteklenmesi gerekmektedir.

-	csPCa Saptanmayan (n=35)	csPCa Saptanan (n=5)	n
Yaş (Yıl), Ortalama ± SS VKİ (kg/m2), Ortalama ± SS	66,51 ± 8,84	78,20 ± 3,42	0.018
VKİ (kg/m2), Ortalama ± SS	25,85 ± 4,05	25,31 ± 2,91	0.721
CIS Varlığı, n (%)	-	-	-
Yok	27 (%77,1)	4 (%80,0)	-
Var	8 (%22,9)	1 (%20,0)	0.976
Histoloji, n (%)	-	-	-
Saf TCC	14 (%40,0)	3 (%60,0)	-
Varyant Histoloji	21 (%60,0)	2 (%40,0)	0.634
BCG Tedavi Öyküsü, n (%)	-	-	-
Yok (Erken RS)	21 (%60,0)	4 (%80,0)	-
Var (BCG Yanıtsız)	14 (%40,0)	1 (%20,0)	0.633

Klinik Anlamlı Prostat Kanseri (csPCa) Saptanan ve Saptanmayan Hastaların Klinikopatolojik Özelliklerinin Karşılaştırılması

SB-88) PRİMER RENAL EWİNG SARKOM

FATİH YALÇINKAYA(1) AHMET KASIM BEŞÇOCUKLU(2) ERGİ KORKMAZ(3) GÖZDE DOĞAN AKKUŞ(3)

1. etlik şehir hastanesi
2. etlik şehir hastanesi
3. ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

BU OLGU SUNUMUMUZDA NADİR VAKA OLARAK GÖRÜLEN RENAL EWİNG SARKOMUNUN TAKİP TEŞHİS VE TEDAVİ YÖNTEMLERİNDEN BAHSETTİK

GEREÇ-YÖNTEM

HASTANIN TANI TEŞHİS VE TEDAVİSİ OLGU SUNUMU ŞEKLİNDE AKTARILMIŞTIR

BULGULAR

48 yaşında erkek hasta sol yan ağrısı ile tarafımıza başvuruyor. Bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde sol böbrekte 16 cm boyutunda tümöral oluşum ve beraberinde tümöre sekonder olarak sol renal vende ve vena cava inferiorda trombüs görülüyor. Hastaya sol radikal nefrektomi ve trombektomi yapılıyor. Patoloji küçük yuvarlak hücreli tümör olarak raporlanıyor. Tümör tiplendirmesi için moleküer çalışma yapılıyor. EWSR1:FLI1 gen füzyonu saptanması sonrası Ewing sarkomu olarak yorumlanıyor. Tıbbi onkoloji tarafından adjuvan kemoterapi protokolü (siklofosfamid+ adrinamisin +vinkristin +ifosfamid +mesna+etoposid) başlanıyor. Postoperatif 9. ay kontrolünde yapılan Fdg-PET görüntülemesinde paraaortik alanda 10 cm'lik lenfadenopati; karaciğerde, tiroid bezinde (ikinci primer ? met?), sağ skapulada ve sol 7. kostada metabolik aktivite artışı izleniyor.
Ağrı palyasyonu için ve yeni kemoterapi rejimi için değerlendirilen hastanın takibi tıbbi onkoloji tarafından devam etmektedir.

SONUÇ

Ewing sarkomu, çocukluk ve ergenlik döneminde en sık görülen ikinci kemik tümörüdür ve yumuşak dokularda da ortaya çıkabilir. Tedavi, lokal cerrahi, radyoterapi ve polikemoterapiyi içerir. Böbrek ewing sarkomu, literatürde izole vaka raporları olarak belgelenmiş son derece nadir bir durumdur. Böbrekte primer Ewing sarkomu ile başvuran hastaların ortalama 28 yaşında olduğu bildirilmiştir. Erkeklerde biraz daha sık görülür ve tanı anında metastaz varsa prognoz daha kötüdür .

PRİMER RENAL EWİNG SARKOMU

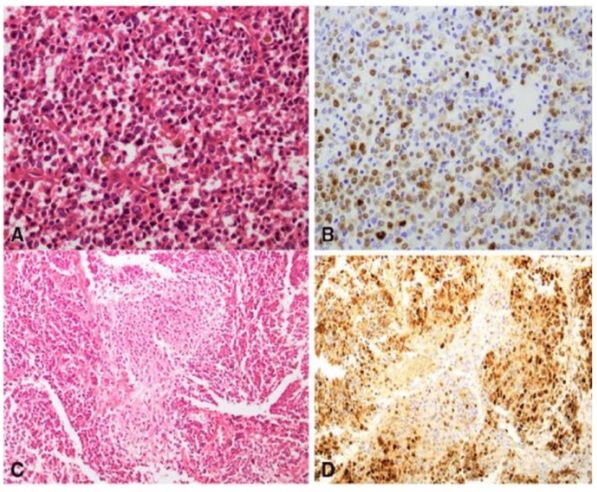
F. Yalçınkaya,, E. Korkmaz, A.K.Beşçocuklu, G.D.Akkuş

Giriş

Ewing sarkomu, çocukluk ve ergenlik döneminde en sık görülen ikinci kemik tümörüdür ve yumuşak dokularda da ortaya çıkabilir. Tedavi, lokal cerrahi, radyoterapi ve polikemoterapiyi içerir. Böbrek ewing sarkomu, literatürde izole vaka raporları olarak belgelenmiş son derece nadir bir durumdur. Böbrekte primer Ewing sarkomu ile başvuran hastaların ortalama 28 yaşında olduğu bildirilmiştir. Erkeklerde biraz daha sık görülür ve tanı anında metastaz varsa prognoz daha kötüdür .







Olgu Sunumu

48 yaşında erkek hasta sol yan ağrısı ile tarafımıza başvuruyor. Bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde sol böbrekte 16 cm boyutunda tümöral oluşum ve beraberinde tümöre sekonder olarak sol renal vende ve vena cava inferiorda trombüs görülüyor. Hastaya sol radikal nefrektomi ve trombektomi yapılıyor. Patoloji küçük yuvarlak hücreli tümör olarak raporlanıyor. Tümör tiplendirmesi için moleküer çalışma yapılıyor. EWSR1:FLI1 gen füzyonu saptanması sonrası Ewing sarkomu olarak yorumlanıyor. Tıbbi onkoloji tarafından adjuvan kemoterapi protokolü (siklofosfamid+ adrinamisin +vinkristin +ifosfamid +mesna+etoposid) başlanıyor. Postoperatif 9. ay kontrolünde yapılan Fdg-PET görüntülemesinde paraaortik alanda 10 cm'lik lenfadenopati; karaciğerde, tiroid bezinde (ikinci primer ? met?), sağ skapulada ve sol 7. kostada metabolik aktivite artışı izleniyor.

Ağrı palyasyonu için ve yeni kemoterapi rejimi için değerlendirilen hastanın takibi tıbbi onkoloji tarafından devam etmektedir.

SB-89) RENAL HÜCRELİ KARSİNOM NEDENİYLE UYGULANAN PARSİYEL NEFREKTOMİ SONUÇLARIMIZ

VOLKAN ÇAĞLAYAN(1) UĞUR AKGÜN(1) ÖMER YILMAZ(1) ÖMER YERLİKAYA(1) NİYAZİ SERHAT YOLAY(1) SEDAT ÖNER(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ
Renal hücreli karsinom (RCC) ön tanısı ile parsiyel nefrektomi uygulanan hastalarımızın demografik, perioperatif ve onkolojik sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Kliniğimizde 2020-2025 yılları arasında parsiyel nefrektomi uygulanan 399 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, preoperatif laboratuvar bulguları, ameliyat süresi, kanama miktarı, sıcak iskemi süresi, cerrahi yöntem, patoloji sonuçları, postoperatif laboratuvar değerleri, hastanede kalış süresi, komplikasyonlar (Clavien-Dindo sınıflaması) ve takip verileri kaydedildi. Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum), kategorik değişkenler sayı ve yüzde (%) olarak ifade edildi; tüm istatistiksel analizler tanımlayıcı istatistik yöntemleriyle gerçekleştirildi.

BULGULAR
Hastaların ortanca yaşı 59 (24-85) idi ve %66'sı erkekti. Olguların %54,4'ü sol, %45'i sağ böbreğe aitti. Ortalama tümör çapı 3,7±1,9 cm olarak saptandı. Vakaların %94,5'i laparoskopik, %4,3'ü açık, %1,3'ü laparoskopik başlayıp açığa dönen yöntemle gerçekleştirildi. Ortalama ameliyat süresi 159,8±46,4 dakika, ortalama sıcak iskemi süresi 23,8±8,5 dakika idi; 15 hastada (%4,6) sıcak iskemi süresi 0 dakika olup non-klemp teknikle opere edildi. Kanama miktarı kaydedilen olgularda ortalama 185±188 mL olarak saptandı. Perioperatif komplikasyon 3 hastada (%0,8) görüldü (2 bağırsak, 1 damar yaralanması). Patolojik T evresine göre olguların %64,6'sı T1a, %28,3'ü T1b, %4'ü T2a, %2,8'i T3a evresindeydi. Histolojik tip dağılımında berrak hücreli RCC %58,6, papiller RCC %17,2, kromofob RCC %6,3, onkositom %8,1, anjiyomyolipom %3 ve diğer benign/malign lezyonlar %6,6 oranındaydı. Cerrahi sınır pozitifliği %5,4, lenfovasküler invazyon %0,8 olguda mevcuttu.
Postoperatif dönemde ortalama hastanede kalış süresi 4,1±1,7 gün, dren çekim günü ortalama 3,2±1,5, üriner kateter süresi ortalama 2,0±1,5 gündü. Hastaların %5,8'ine eritrosit süspansiyonu transfüzyonu yapıldı. Clavien-Dindo sınıflamasına göre olguların %94,2'si evre 1, %2,3'ü evre 2, %2,3'ü evre 3a, %0,3'ü evre 3b komplikasyon gösterdi; 1 hastada (%0,3) evre 5 (eksitus) saptandı. Postoperatif GFR, preoperatif değere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldı (84,5±20,9 › 77,9±22,5 mL/dk/1,73m², ortalama fark %7,8; paired t-testi ve Wilcoxon testi p<0,001). Takip verisi olan hastalarda nüks oranı %3,5 (12/346) idi; nüks gelişen 12 hastanın 5'ine reoperasyon uygulandı (2 nefrektomi, 2 tekrar parsiyel nefrektomi, 1 hastada cerrahi tipi kayıtlı değildi). Beş hastada eksitus bilgisi mevcuttu.

SONUÇ
erimizde RCC nedeniyle uygulanan parsiyel nefrektomilerin büyük çoğunluğu laparoskopik yöntemle, düşük perioperatif komplikasyon ve cerrahi sınır pozitifliği oranlarıyla gerçekleştirilmiştir. Postoperatif dönemde böbrek fonksiyonlarında istatistiksel olarak anlamlı, ancak klinik olarak sınırlı düzeyde bir düşüş gözlenmiştir. Onkolojik takipte düşük nüks oranı, nefron koruyucu cerrahinin RCC tedavisinde güvenli ve etkin bir yaklaşım olduğunu desteklemektedir. Bu sonuçlar literatürle uyumlu olup, deneyimli merkezlerde parsiyel nefrektominin standart tedavi seçeneği olarak yerini koruduğunu göstermektedir.

Tablo 1. Demografik, Tümör ve Perioperatif Özellikler (N=399)

Değişken	n	Değer
Yaş (yıl), ortanca (min-maks)	398	59 (24-85)
Cinsiyet – Erkek, n (%)	398	262 (%65,8)
Cinsiyet – Kadın, n (%)	398	136 (%34,2)
Taraf – Sağ, n (%)	395	178 (%45,1)
Taraf – Sol, n (%)	395	215 (%54,4)
Taraf – Bilateral, n (%)	395	2 (%0,5)
Tümör çapı (cm), ort.±SS	395	3,7±1,9
Cerrahi yöntem – Laparoskopik, n (%)	397	375 (%94,5)
Cerrahi yöntem – Açık, n (%)	397	17 (%4,3)
Cerrahi yöntem – Lap.→Açık dönüşüm, n (%)	397	5 (%1,3)
Ameliyat süresi (dk), ort.±SS	321	159,8±46,4
Sıcak iskemi süresi (dk), ort.±SS	325	23,8±8,5
Sıcak iskemi = 0 dk (non-klemp), n (%)*	325	15 (%4,6)
Kanama miktarı (mL), ort.±SS	97	185,2±187,6
Preoperatif biyopsi yapılmış, n (%)	395	30 (%7,6)

Tablo 2. Preoperatif ve Postoperatif Laboratuvar Değerleri

Parametre	Preoperatif (ort.±SS)	Postoperatif (ort.±SS)	p değeri
WBC (x10³/µL)	8,1±3,3	13,0±5,1	<0,001*
Hemoglobin (g/dL)	13,8±1,8	12,2±1,8	<0,001*
Trombosit (x10³/µL)	275,5±77,8	238,3±75,1	<0,001*
Kreatinin (mg/dL)	0,94±0,35	1,01±0,36	<0,001*
GFR (mL/dk/1,73m²)	84,5±20,9	77,9±22,5	<0,001*

Tablo 3. Patolojik Özellikler

Değişken	n	%
T Evresi		
T1a	228	%64,6
T1b	100	%28,3
T2a	14	%4,0
T2b	1	%0,3
T3a	10	%2,8
Histolojik Tip		
Berrak hücreli RCC	232	%58,6
Papiller RCC	68	%17,2
Kromofob RCC	25	%6,3
Kistik RCC	1	%0,3
Onkositom	32	%8,1
Anjiyomyolipom	12	%3,0
Diğer	26	%6,6
Cerrahi Sınır		
Pozitif	21	%5,4
Negatif	367	%94,6
Lenfovasküler İnvazyon		
Var	3	%0,8
Yok	381	%99,2

Tablo 4. Postoperatif Klinik Seyir, Komplikasyonlar ve Takip

Değişken	n	%
Hastanede kalış süresi (gün), ort.±SS	394	4,1±1,7
Dren çekim günü, ort.±SS	394	3,2±1,5
Üriner kateter süresi (gün), ort.±SS	395	2,0±1,5
Postop eritrosit transfüzyonu, n (%)	396	23 (%5,8)
Perioperatif Komplikasyonlar		
Damar yaralanması	1	%0,3
Bağırsak yaralanması	2	%0,5
Toplam	3	%0,8
Clavien-Dindo Sınıflaması (Postoperatif)		
Evre 1	373	%94,2
Evre 2	9	%2,3
Evre 3a	8	%2,0
Evre 3b	1	%0,3
Evre 5 (eksitus)	1	%0,3
Onkolojik Takip		
Nüks bulgusu/şüphesi, n (%)*	12	%3,5
Nüks nedeniyle reoperasyon	5	12 nüksün %41,7'si
- Nefrektomi	2	
- Tekrar parsiyel nefrektomi	2	
- Cerrahi tipi kayıtlı değil	1	
Toplam eksitus	5	%1,3

ort: ortalama | SS: standart sapma | *: istatistiksel olarak anlamlı | ES: eritrosit süspansiyonu

SB-90) KAS İNVAZİV OLMAYAN MESANE KANSERİNDE BCG REFRAKTERLİĞİ İLE İMMÜN YAŞLANMA BELİRTEÇLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

İSA ULUÇ(1) ARZUHAN BÜYÜKER(2) AYNUR KARADENİZLİ(3) BÜŞRA YAPRAK BAYRAK(4) CANAN BAYDEMİR(5) HAKKICAN YUVAK(1) OMAR ALZAMO(1) ÖZDAL DİLLİOĞLUGİL(1) KEREM TEKE(1)

1. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
2. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GASTROENTEROLOJİ VE HEPATOLOJİ ANABİLİM DALI
3. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ MİKROBİYOLOJİ ANABİLİM DALI
4. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ PATOLOJİ ANABİLİM DALI
5. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ BİYOİSTATİSTİK VE TIP BİLİŞİMİ ANABİLİM DALI

AMAÇ

Kronolojik yaş ile kasa invaze olmayan mesane kanserinde kullanılan (KİOMK) intrevezikal BCG tedavi etkinliği arasında ilişki olabileceği bilinmektedir. İmmün sistem işlevinin yaşla ile birlikte azalması ile ilgili yeni yaklaşımlardan biri kanser immünoloji literatüründe “Immunosenescence” ya da “Immunoaging” olarak yer bulmaktadır. Immunoaging ile ilişkisi gösterilmiş olan CD28, CD57, KLRG1, LAG3 ve P21 ekspresyonları mesane kanserinde ya da BCG etkinliğinin değerlendirilmesinde çalışılmamıştır. Bu çalışmada Immunoaging belirteçleri ile BCG-refrakterliği arasındaki ilişki araştırıldı.

GEREÇ-YÖNTEM

Retrospektif klinik veriler ve prospektif biyolojik örneklemeye dayalı tek merkezli, gözlemsel çalışmaya 2015–2025 arasında intravezikal BCG uygulanan 259 hastadan 73’ü dahil edilmiştir. Adjuvan BCG tedavisi başlayan ve 6. ay kontrol sistoskopisinde tümör çıkmayan hastalar BCG-yanıtlı, yüksek dereceli tümör nüksü çıkan hastalar BCG-refrakter olarak tanımlandı. Dahil edilen hastalar, klinik gözlem esnasında progresyon gelişmemiş, radikal sistektomi uygulanmamış veya sistektomiyi reddederek mesane koruyucu izlem/tedavisi süren seçilmiş BCG-refrakter (n=26) ve BCG-yanıtlı (n=47) olarak kategorize edildi. Hastalardan alınan periferik kan mononükleer hücrelerinde gen ekspresyonları RT-qPCR metodu ile ölçüldü. Ekspresyon düzeyleri deltaCt ve Livak yöntemleriyle; ilişkiler lojistik regresyon, model performansı ROC analiziyle değerlendirildi.

BULGULAR

Her iki grupta hipertansiyon ve multifokalite dışında demografik, klinik, patolojik veriler açısından fark izlenmedi (p>0,05, Tablo 1). Ancak CD57 ve LAG3 ekspresyonları BCG-refrakter grupta sırasıyla 2,32 (p=0,002) ve 2,84 (p=0,008) kat artış olması dikkat çekti. BCG-yanıtlı ve BCG-refrakter gruplarda CD57 deltaCt ortalamaları sırasıyla 14,0±1,67 vs 12,7±1,62 olup; LAG3 için 12,4±2,15 vs 10,9±2,45’du. CD57 ve LAG3 deltaCt değerleri tek değişkenli lojistik regresyon analizinde BCG refrakterliğiyle ilişkiliydi (sırasıyla OR=0,63, %95 GA: 0,45–0,88; p=0,007 ve OR=0,74, %95 GA: 0,58–0,94; p=0,013). KLRG1 ekspresyonundaki 2,03 kat artış istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,052); CD28 ve P21’deki azalmalar anlamlı değildi (p>0,05). Klinikopatolojik değişkenlerden “Multifokalite” BCG refrakterliğiyle pozitif (OR=5,88; %95 GA: 1,98–17,48; p=0,001), “hipertansiyon” ise negatif yönde ilişkiliydi (OR=0,25; %95 GA: 0,09–0,70; p=0,008). Çok değişkenli analizde CD57 deltaCt (OR=0,66; %95 GA: 0,46–0,94; p=0,022) ve multifokalite (OR=6,53; %95 GA: 1,93–22,05; p=0,003) BCG-refrakter hastalık için bağımsız prediktörlerdi. BCG-refrakter fenotipi öngörme için kurulan modeller içerisinde CD57+LAG3+hipertansiyon+multifokalite modelinin AUC’si 0,831 (duyarlılık %88,5; özgüllük %74,5) bulundu.

SONUÇ

BCG-refrakter hasta grubunda CD57 ve LAG3 artışı, BCG refrakterliği ile immün yaşlanma fenomeni arasında bir ilişki olabileceğini göstermekle birlikte, CD57 en tutarlı aday immün yaşlanma biyobelirteci olarak öne çıkmıştır. Gelecekte BCG tedavisi öncesinde immün yaşlı hastaların tanımlanması, BCG refrakter hastalık öngörüsünün tartışılması, BCG dışı alternatif intravezikal ajanlar ya da erken radikal sistektomi gibi kişiselleştirilmiş tedavilerin planlanmasında ve kararlarında bir araç olabilir.

Tablo 1. BCG yanıtlı ve BCG refrakter grupların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri

Değişken	BCG yanıtlı grup (n=47)	BCG refrakter grup (n=26)	p
Demografik özellikler			
Yaş, yıl; ortanca (min-maks)	69 (43-83)	69 (30-81)	0,552
Boy, cm; ortanca (min-maks)	173 (155-183)	172 (155-192)	0,594
Cinsiyet; n (%)			0,906
Erkek	42 (%89,4)	23 (%88,5)	
Kadın	5 (%10,6)	3 (%11,5)	
Kilo, kg; ortanca (min-maks)	84 (60-118)	84 (56-100)	0,781
VKİ, kg/m²; ortanca (min-maks)	27,8 (18,8-40,8)	27,6 (20,6-32,9)	0,922
ASA skoru; n (%)			0,270
ASA 2	19 (%40,4)	14 (%53,8)	
ASA 3	28 (%59,6)	12 (%46,2)	
Sigara öyküsü; n (%)			0,051
Yok	7 (%14,9)	9 (%34,6)	
Var	40 (%85,1)	17 (%65,4)	
Komorbiditeler			
DM; n (%)			0,946
Yok	34 (%72,3)	19 (%73,1)	
Var	13 (%27,7)	7 (%26,9)	
HT; n (%)			**0,007**
Yok	17 (%36,2)	18 (%69,2)	
Var	30 (%63,8)	8 (%30,8)	
KVH; n (%)			0,656
Yok	32 (%68,1)	19 (%73,1)	
Var	15 (%31,9)	7 (%26,9)	
Tümör ve tedavi özellikleri			
Tümör boyutu, cm; ortanca (min-maks)	2,0 (0,5-7,0)	2,0 (1,0-5,0)	0,755
Fokalite; n (%)			**<0,001**
Unifokal	30 (%63,8)	6 (%23,1)	
Multifokal	17 (%36,2)	20 (%76,9)	
CIS varlığı; n (%)			0,755
Yok	41 (%87,2)	22 (%84,6)	
Var	6 (%12,8)	4 (%15,4)	
Varyant histoloji; n (%)			0,176
Yok	47 (%100)	25 (%96,2)	
Var	0 (%0)	1 (%3,8)	
Evre; n (%)			0,946
Ta	13 (%27,7)	7 (%26,9)	
T1	34 (%72,3)	19 (%73,1)	
BCG aşı öyküsü; n (%)			0,879
Yok	6 (%12,8)	3 (%11,5)	
Var	41 (%87,2)	23 (%88,5)	
Alınan BCG kür sayısı; ortanca (min-maks)	15 (9-27)	12 (9-27)	0,090
BCG durumu; n (%)			0,491
Bitmiş	25 (%53,2)	16 (%61,5)	
Devam	22 (%46,8)	10 (%38,5)	
Sistoskopi sayısı; ortanca (min-maks)	9 (3-19)	9 (3-18)	0,570
Son BCG ile kan alım arası süre, ay; ortanca (min-maks)	20 (3-103)	16 (3-65)	0,404
Toplam takip süresi, ay; ortanca (min-maks)	58 (9-132)	56,5 (10-128)	0,637
Laboratuvar değerleri			
WBC; ortalama ± SS	7,56 ± 1,62	7,84 ± 1,73	0,491
NEU; ortalama ± SS	4,46 ± 1,28	4,89 ± 1,35	0,179
LYM; ortalama ± SS	2,15 ± 0,64	1,88 ± 0,73	0,103
MONO; ortanca (min-maks)	0,60 (0,30-1,00)	0,50 (0,30-3,00)	0,418
HB; ortanca (min-maks)	14,3 (10,6-17,1)	14,3 (9,1-17,1)	0,863
PLT; ortalama ± SS	237 ± 59,8	238 ± 52,1	0,939

Veriler uygun şekilde ortanca (min-maks), ortalama ± SS veya n (%) olarak sunulmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı p değerleri kalın gösterilmiştir.

BCG refrakter hastaların takiplerinde; 11 hastada tümör nüksü izlenmemiş, 6 hastada high grade (HG) nüks izlenmiş olup gemstabin-dosataksel tedavisine geçilmiş, 9 hastada HG nüks gelişmiş bu olgular yakın sistoskopik takip altında TUR ve mesane koruyucu tedavi/izlem stratejisine devam edilmiştir.

SB-91) PROSTAT KANSERİNDE BİYOKİMYASAL REKÜRRENSİN TAHMİNİNDE ISUP GLEASON DERECELENDİRME MODİFİKASYONLARININ PERFORMANSI

MUHLİS UNAL(1) HASAN YILMAZ(2) İBRAHİM ERKUT AVCI(2) BÜŞRA YAPRAK BAYRAK(2) ENGİN TELLİ(2) FURKAN PALAZ(2) ÖZDAL DİLLİOĞLUGİL(2)

1. KOCAELİ HASTANESİ
2. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Lokalize prostat kanserinde risk sınıflandırmasının doğru yapılabilmesi için patolojik derecelendirme kritik öneme sahiptir. International Society of Urological Pathology (ISUP) tarafından 2005 ve 2014 yıllarında yapılan Gleason derecelendirme modifikasyonları prognostik ayırt ediciliği artırmayı hedeflemiş olsa da bu değişikliklerin karşılaştırmalı klinik etkisi tam olarak ortaya konmamıştır. Bu çalışmada, 2005 ve 2014 ISUP derecelendirme modifikasyonlarının radikal prostatektomi sonrası biyokimyasal rekürrenssiz sağkalım üzerindeki etkilerinin karşılaştırılması ve biyokimyasal rekürrensin bağımsız öngördürücülerinin belirlenmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

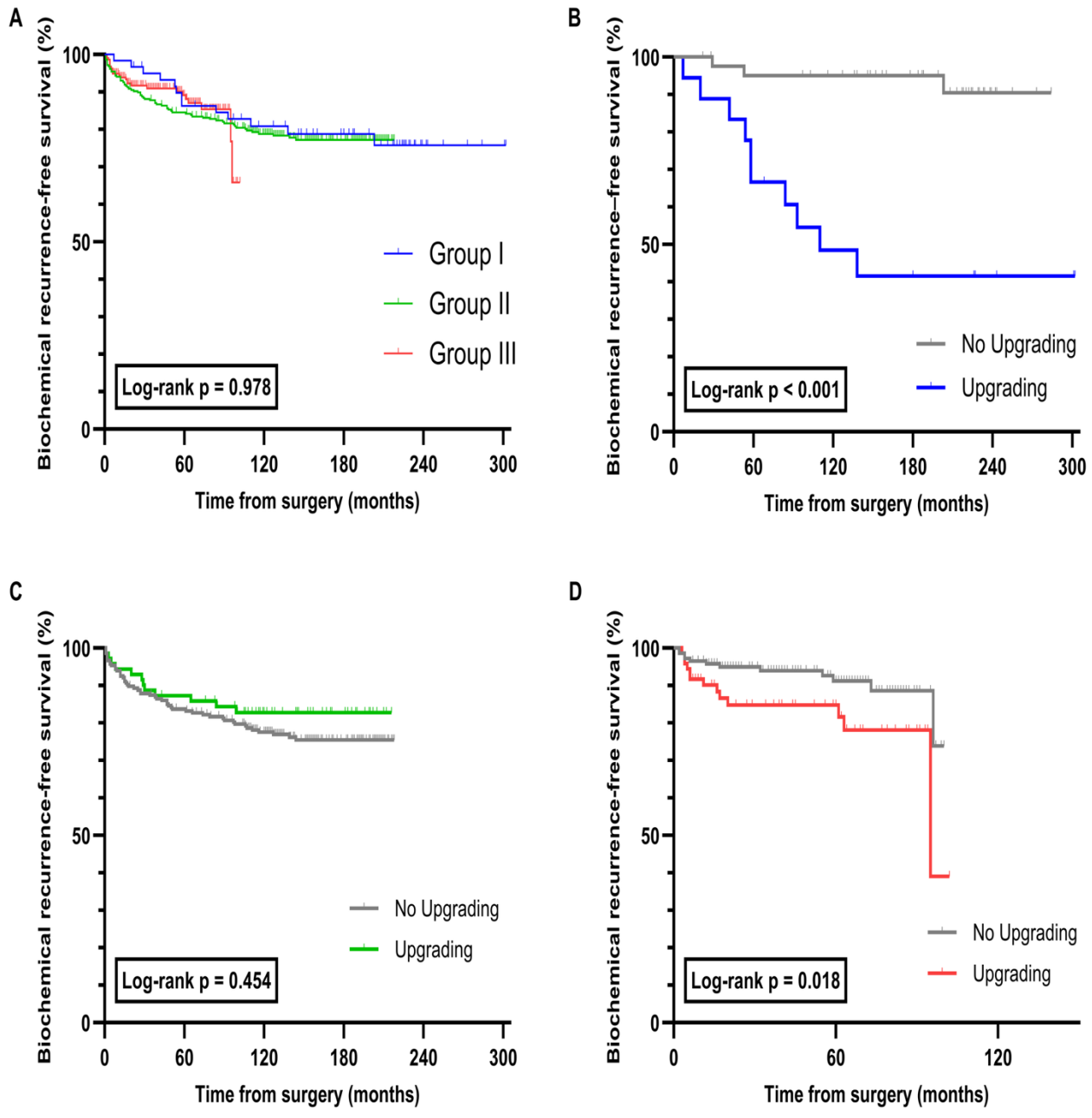
Bu retrospektif kohort çalışmasına, üçüncü basamak bir üniversite hastanesinde 1998-2023 yılları arasında radikal prostatektomi uygulanan ardışık hastalar dahil edildi. Hastalar Gleason derecelendirme modifikasyon dönemine göre orijinal Gleason sistemi (Grup 1), 2005 ISUP modifikasyonu (Grup 2) ve 2014 ISUP modifikasyonu (Grup 3) olmak üzere üç gruba ayrıldı. Sağkalım sonuçları Kaplan-Meier analizi ile değerlendirildi ve gruplar log-rank testi ile karşılaştırıldı. Bağımsız öngördürücüler Cox orantısal risk regresyon modelleri ile incelendi. Modelin ayırt edici performansı Harrell konkordans indeksi (C-indeksi) kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR

Sağkalım analizlerine toplam 562 hasta dahil edildi ve medyan takip süresi 110 ay olarak saptandı. Hastaların %17,8'inde biyokimyasal rekürrens gelişti. Aktüeryal olarak 5, 10, 15, 20 ve 25 yıllık genel sağkalım oranları sırasıyla %96,1, %82,5, %65,3, %43,7 ve %29,1 idi. 5, 10, 15, 20 ve 25 yıllık kansere özgü sağkalım oranları sırasıyla %98,8, %96,1, %93,3, %91,7 ve %91,7; biyokimyasal rekürrenssiz sağkalım oranları ise sırasıyla %86,1, %79,5, %77,7, %76,3 ve %76,3 olarak saptandı. Derecelendirme modifikasyon dönemleri arasında biyokimyasal rekürrenssiz sağkalım açısından anlamlı fark izlenmedi (Şekil 1A). Patolojik ISUP derece yükselmesi, orijinal Gleason sistemi ve 2014 ISUP modifikasyonu gruplarında daha kötü biyokimyasal rekürrenssiz sağkalım ile ilişkiliyken, 2005 ISUP modifikasyonu grubunda bu ilişki gösterilemedi (Şekil 1B–D). Derece yükselme oranları dönemler arasında benzerdi; buna karşın derece düşürme 2005 modifikasyonu sonrasında daha sık gözlendi. Biyopside ISUP derece grubu 1 oranı Grup I'de %63,3 iken 2005 modifikasyonu döneminde %35,7'ye geriledi. Çok değişkenli analizde prostatektomi materyalindeki ISUP derece grubu, pT3 evresi ve lenf nodu pozitifliği biyokimyasal rekürrensin bağımsız öngördürücüleri olarak belirlendi. Prediktif ayırt edicilik 2014 ISUP modifikasyonu grubunda en yüksek düzeydeydi (C-indeksi 0,913), en düşük ayırt edicilik ise 2005 modifikasyonu grubunda saptandı.

SONUÇ

Bulgular, 2005 ISUP modifikasyonunun biyopsi örneklerinde daha yüksek derece atanmasıyla ilişkili olarak prognostik değerini azaltmış olabileceğini düşündürmektedir. Buna karşılık 2014 ISUP revizyonu, biyokimyasal rekürrens riskinin öngörülmesinde daha yüksek prediktif ayırt edicilik ve rekürrens riskiyle daha tutarlı bir uyum göstermiştir.



Şekil 1. Çalışma gruplarında biyokimyasal rekürrenssiz sağkalıma ilişkin Kaplan-Meier eğrileri. **(A)** Derecelendirme modifikasyon dönemlerine göre biyokimyasal rekürrenssiz sağkalım (Grup I: orijinal Gleason sistemi; Grup II: 2005 ISUP modifikasyonu; Grup III: 2014 ISUP modifikasyonu); gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (log-rank p=0,978). **(B–D)** Patolojik ISUP derece yükselmesine göre biyokimyasal rekürrenssiz sağkalım: **(B)** Grup I (log-rank p<0,001), **(C)** Grup II (log-rank p=0,454), **(D)** Grup III (log-rank p=0,018).

SB-92) >7 CM RENAL KİTLELERDE PARSİYEL VE RADİKAL NEFREKTOMİNİN PERİOPERATİF, FONKSİYONEL VE ONKOLOJİK SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

ATA ÖZEN(1) SÜLEYMAN ÖNER(1) ALP MAZLUM(1) MUSTAFA FUAT AÇIKALIN(1) YUNUS SAİM CAVİT CAN(1)

1. ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Parsiyel nefrektomi (PN), T1 böbrek tümörlerinde standart cerrahi tedavi olmakla birlikte, güncel literatür çalışmalarında >7 cm kitlelerde PN'nin uygulanabilirliği desteklenmektedir. Bu çalışmada 7 cm'den büyük renal kitlelerde PN ve radikal nefrektominin (RN) perioperatif, renal fonksiyonel ve onkolojik sonuçlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2015–Ocak 2025 tarihleri arasında kliniğimizde >7 cm renal kitle nedeniyle PN veya RN uygulanan 175 erişkin hasta retrospektif olarak değerlendirildi. cN1+, M1, bilateral tümörü olan ve takip verisi bulunmayan hastalar dışlandı. Demografik özellikler, Charlson Komorbidite İndeksi, R.E.N.A.L. nefrometri skoru, perioperatif veriler, histopatolojik sonuçlar ve komplikasyonlar kaydedildi. Komplikasyonlar modifiye Clavien-Dindo sınıflamasına göre değerlendirildi (Tablo 1). Renal fonksiyonlar preoperatif, postoperatif 1. yıl ve postoperatif 3. yıl eGFR değerleriyle analiz edildi. Malign olgularda genel sağkalım (OS) ve nükssüz sağkalım (RFS) Kaplan-Meier yöntemiyle değerlendirildi.

BULGULAR

Toplam 175 hastanın 40'ına (%22,8) PN, 135'ine (%77,2) RN uygulandı. PN grubundaki hastalar daha gençti (55,3±12,6 vs 60,2±12,0 yıl; p=0,028) ve tümör boyutu daha küçüktü (8,6±2,4 vs 10,1±3,1 cm; p<0,001). R.E.N.A.L. skoru PN grubunda daha düşük bulundu (7,7±2,2 vs 9,2±1,3; p<0,001). Operasyon süresi (97,1±12,6 vs 85,8±13,4 dk; p<0,001) ve tahmini kan kaybı (201,4±24,4 vs 155,2±22,1 mL; p<0,001) PN grubunda daha fazlaydı. Hastanede yatış süresi, pozitif cerrahi sınır oranı ve postoperatif komplikasyonlar açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Preoperatif eGFR PN grubunda daha yüksekti (92,2±22,0 vs 80,6±21,0 mL/dk/1,73 m^2; p=0,017). Postoperatif 1. yılda eGFR PN grubunda 73,6±27,3, RN grubunda ise 59,2±21,0 idi (p<0,001). Postoperatif 3. yılda eGFR PN grubunda 74.6 ± 26.8, RN grubunda iste 58.2 ± 21.4 idi (p<0.001). Gruplar arası karşılaştırmalarda, PN grubunun renal fonksiyonları tüm zaman noktalarında RN grubuna kıyasla daha iyi koruduğu görüldü. Gruplar arasındaki ortalama eGFR farkı preoperatif dönemde 11.0 mL/dk/1.73 m^2 iken, bu farkın postoperatif birinci yılda 15.7 mL/dk/1.73 m^2'ye, üçüncü yılda ise 16.3 mL/dk/1.73 m^2'ye yükseldiği tespit edildi (Resim 1). Beş yıllık takipte OS (%87,1 vs %85,9; p=0,877) ve RFS (%96,8 vs %85,2; p=0,087) açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi.

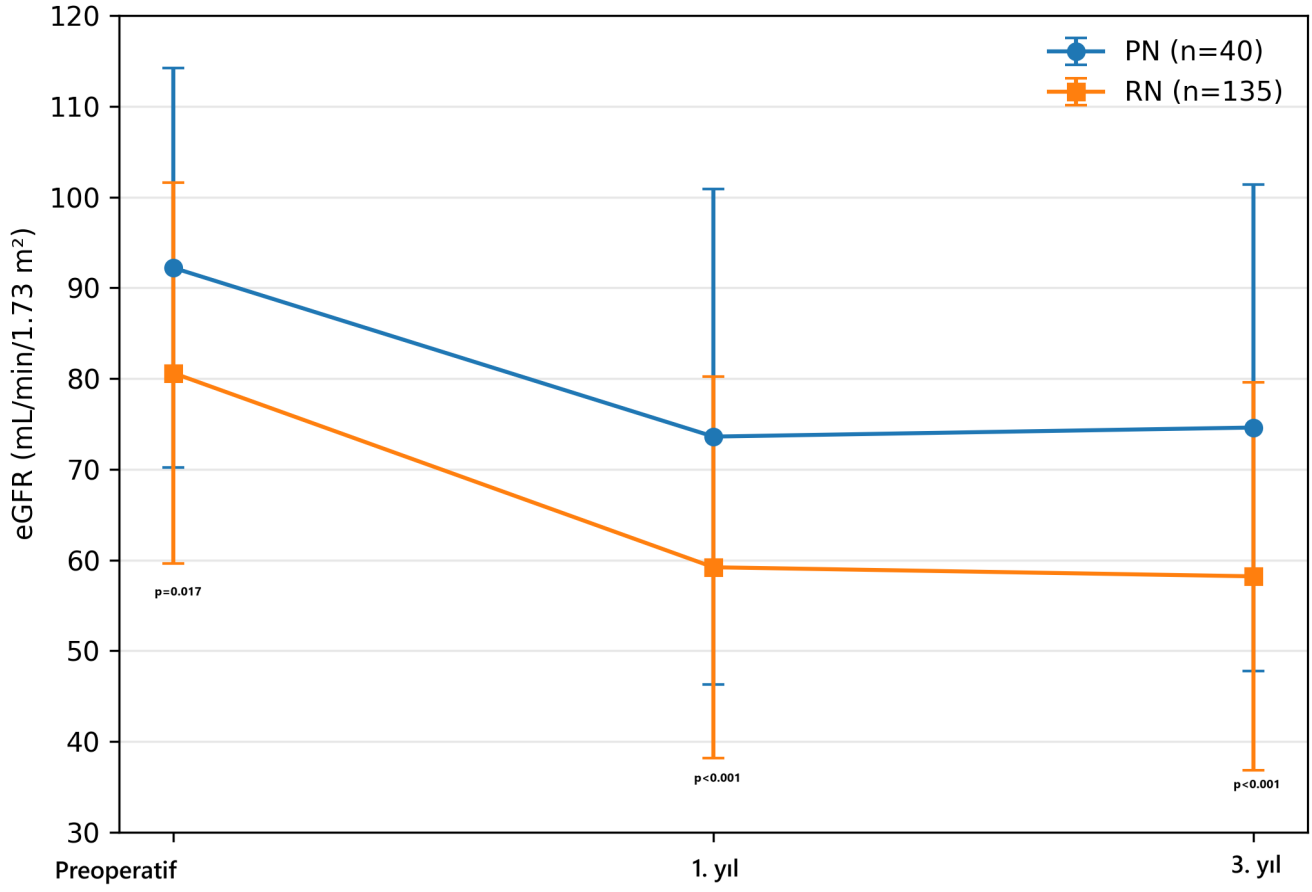
SONUÇ

Seçilmiş >7 cm renal kitlelerde parsiyel nefrektomi, radikal nefrektomiye göre daha uzun operasyon süresi ve daha fazla kan kaybı ile ilişkili olsa da, benzer komplikasyon ve onkolojik sonuçlar eşliğinde böbrek fonksiyonlarının daha iyi korunmasını sağlamaktadır. Deneyimli merkezlerde uygun olgularda PN, büyük renal kitlelerde güvenli ve etkili bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir.

-	PN	RN	p
Yaş(yıl)	55.3 ± 12.6	60.2 ± 12.0	0.028
Tümör Boyutu (cm)	8.6 ± 2.4	10.1 ± 3.1	<0.001
Charlson	3.6 ± 1.4	4.0 ± 1.4	0.076
RENAL skor	7.7 ± 2.2	9.2 ± 1.3	<0.001
Operasyon Süresi (dk)	97.1 ± 12.6	85.8 ± 13.4	<0.001
Kan Kaybı (mL)	201.4 ± 24.4	155.2 ± 22.1	<0.001
Clavien Dindo	21(%42.5)	41 (%30.4)	0.291
Clavien Dindo Grade 1-2	21 (%42.5)	40 (%29.7)	-
Clavien Dindo Grade 3-4	0	1(%0.7)	-
Hastanede Kalış (gün)	4.4 ±1.2	4.4 ± 1.1	0.704
Pozitif Cerrahi Sınır n(%)	3 (%7.5)	7 (%5.2)	0.698

Temel, Fonksiyonel ve Perioperatif Özellikler

Resim 1



SB-95) KASA İNVAZİV OLMAYAN MESANE KANSERLERİNDE RİSK GRUBU TAKİP VE TEDAVİ ŞEMASI VEREN MASAÜSTÜ UYGULAMASI

OĞUZHAN ER, ERAY DEMİRÇALI , AYKUT AKINCI , KÜRŞAT KÜÇÜKER , MESUT BERKAN DURAN(1)

1. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ / DENİZLİ

AMAÇ

Kasa invaze olmayan mesane kanseri(KİOMK) ,risk grup sınıflaması, takip ve tedavileri çok fazla değişkene bağlıdır.Avrupa Üroloji Derneği (EAU) 2026 kılavuzu, KİOMK hastalarını düşük, orta, yüksek ve çok yüksek risk olmak üzere dört gruba ayırmaktadır. Ancak bu sınıflama; hasta yaşı, tümör sayısı, tümör çapı, evre,eşlik eden karsinoma in situ (CIS) varlığı ve tümör derecesi gibi çok sayıda değişkenin bir arada değerlendirilmesini gerektirir. Buna ek olarak derecelendirme, WHO 1973 ve WHO 2004/2022 olmak üzere iki ayrı sistemle yapılabilmektedir. Prostatik üretrada CIS, lenfovasküler invazyon ve varyant histoloji gibi durumlar ise mevcut skorlama modelinin dışında kalmakta, ayrıca değerlendirilmesi gerekmektedir.Bu çok değişkenli yapı, yoğun poliklinik koşullarında risk sınıflamasının çoğunlukla hafızaya dayalı biçimde yapılmasına ve buna bağlı olarak hekimler arası tutarsızlıklara ve ya zaman kaybına yol açabilmektedir. Yanlış sınıflama, gereksiz tedavi ya da atlanan tedavi gibi hatalar doğurabilir.Bu çalışmanın amacı, EAU 2026 KİOMK kılavuzunu temel alarak; girilen klinik ve patolojik bulgulara göre hastanın risk grubunu, progresyon olasılığını, tedavi seçeneklerini ve takip şemasını tek bir ekranda otomatik olarak sunan,bu klinik karar destek aracı ile hasta verilerini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

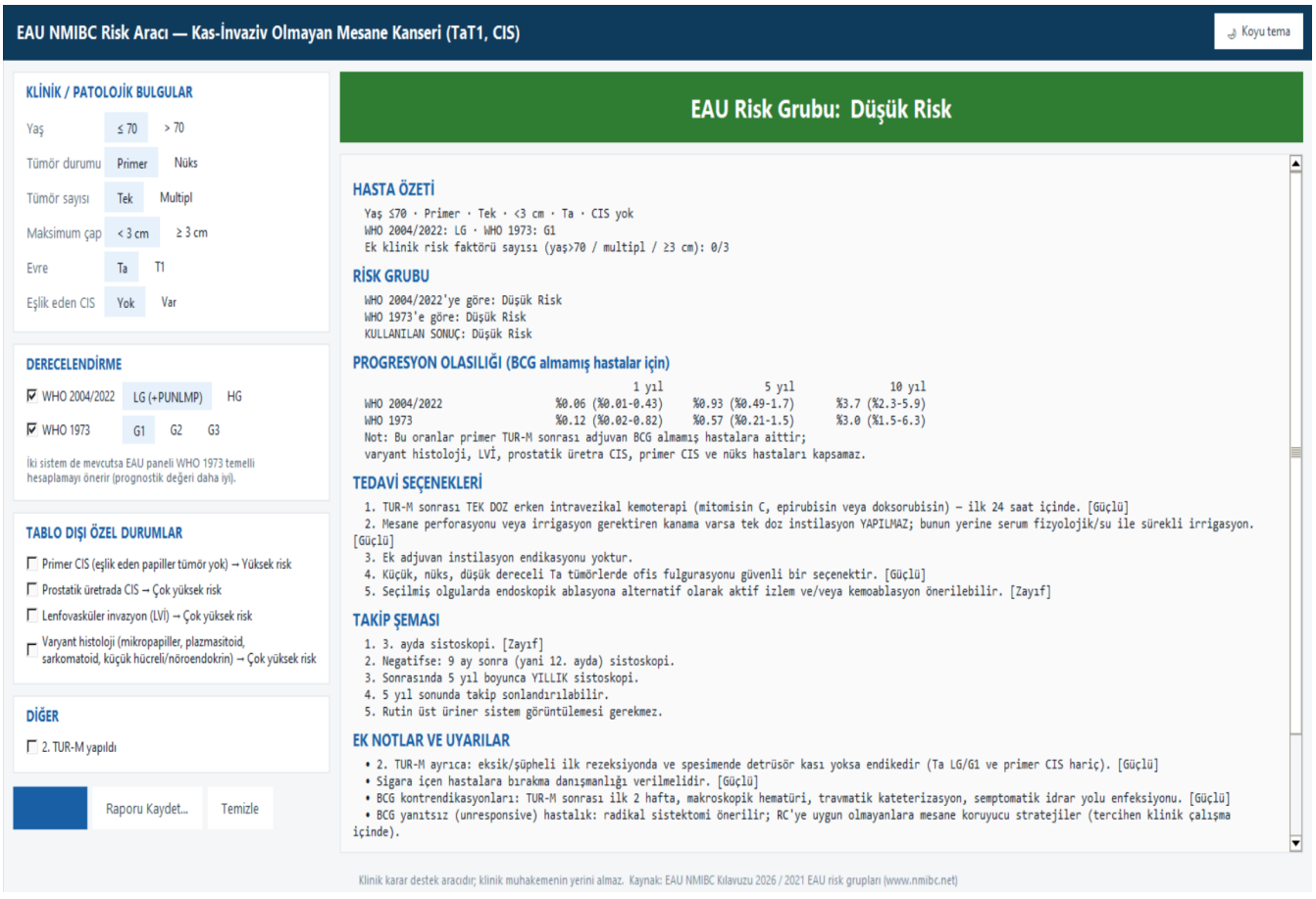
Uygulama, Python programlama dili ve standart Tkinter arayüz kütüphanesi kullanılarak masaüstü uygulaması olarak geliştirildi. Herhangi bir internet bağlantısı gerektirmeyecek ve hasta verisini hiçbir dış sunucuya aktarmayacak biçimde, tamamen çevrimdışı çalışacak şekilde tasarlandı.Risk grubu belirleme algoritması, EAU 2026 KİOMK kılavuzunun risk gruplama tablosu ve EAU'nun resmî risk hesaplayıcısı (www.nmibc.net) temel alınarak kodlandı. Kullanıcı; hasta yaşını,tümör durumunu,tümör sayısını, maksimum tümör çapını,evreyi,eşlik eden CIS varlığını ve tümör derecesini WHO 1973 ve/veya WHO 2004/2022 seçmektedir. Prostatik üretra CIS, lenfovasküler invazyon ve varyant histoloji gibi skorlama modeli dışı durumlar ayrı seçenekler olarak eklenmiş olup, işaretlendiğinde risk grubunu doğrudan yükseltmektedir.Belirlenen risk grubuna göre uygulama; ilgili progresyon olasılıklarını,risk grubuna özgü intravezikal tedavi ve/veya radikal sistektomi seçeneklerini, sistoskopi ve idrar sitolojisi temelli takip şemasını ve ikinci transüretral rezeksiyon (2. TUR-M) endikasyonu ile BCG kontrendikasyonları gibi ek uyarıları tek ekranda sunmaktadır. Elde edilen çıktı, hasta dosyasına eklenebilecek bir metin raporu olarak kaydedilebilmektedir.

BULGULAR

Kas-invaziv olmayan mesane kanserinde EAU 2026 risk sınıflaması çok değişkenlidir ve pratikte tutarsızlığa açıktır. Girilen bulgulara göre risk grubu, tedavi seçenekleri ve takip şemasını otomatik sunan çevrimdışı bir uygulama geliştirdik.Bu uygulama bağımsız algoritmik testte %100,30 gerçek olguda 30/30 uyum ve yapay zeka dil modellerinde çapraz testte tam uyum saptandı. Araç, kılavuza uyumu ve sınıflama tutarlılığını pratik şekilde sunmaktadır.

SONUÇ

Geliştirilen araç, EAU risk sınıflamasını klinik iş akışına taşıyarak sınıflama tutarlılığını ve kılavuza uyumu artırma potansiyeli taşımaktadır.Klinik ve algoritmik testte tam doğrulukta çalışmaktadır.Hekimin kararını etkilemez yalnızca yol gösterir.


EAU NMIBC Risk Aracı — Kas-İnvaziv Olmayan Mesane Kanseri (TaT1, CIS)
Koyu tema
KLİNİK / PATOLOJİK BULGULAR
Yaş ≤ 70 > 70
Tümör durumu Primer Nüks
Tümör sayısı Tek Multipl
Maksimum çap < 3 cm ≥ 3 cm
Evre Ta T1
Eşlik eden CIS Yok Var
DERECELENDİRME
WHO 2004/2022 LG (+PUNLMP) HG
WHO 1973 G1 G2 G3
İki sistem de mevcutsa EAU paneli WHO 1973 temelli hesaplamayı önerir (prognostik değeri daha iyi).
TABLO DIŞI ÖZEL DURUMLAR
Primer CIS (eşlik eden papiller tümör yok) → Yüksek risk
Prostatik üretrada CIS → Çok yüksek risk
Lenfovasküler invazyon (LVİ) → Çok yüksek risk
Varyant histoloji (mikropapiller, plazmasitoid, sarkomatoid, küçük hücreli/nöroendokrin) → Çok yüksek risk
DİĞER
2. TUR-M yapıldı
Raporu Kaydet...
Temizle
EAU Risk Grubu: Düşük Risk
HASTA ÖZETİ
Yaş ≤70 · Primer · Tek · <3 cm · Ta · CIS yok
WHO 2004/2022: LG · WHO 1973: G1
Ek klinik risk faktörü sayısı (yaş>70 / multipl / ≥3 cm): 0/3
RİSK GRUBU
WHO 2004/2022'ye göre: Düşük Risk
WHO 1973'e göre: Düşük Risk
KULLANILAN SONUÇ: Düşük Risk
PROGRESYON OLASILIĞI (BCG almamış hastalar için)
1 yıl 5 yıl 10 yıl
WHO 2004/2022 %0.06 (%0.01-0.43) %0.93 (%0.49-1.7) %3.7 (%2.3-5.9)
WHO 1973 %0.12 (%0.02-0.82) %0.57 (%0.21-1.5) %3.0 (%1.5-6.3)
Not: Bu oranlar primer TUR-M sonrası adjuvan BCG almamış hastalara aittir;
varyant histoloji, LVİ, prostatik üretra CIS, primer CIS ve nüks hastaları kapsamaz.
TEDAVİ SEÇENEKLERİ
1. TUR-M sonrası TEK DOZ erken intravezikal kemoterapi (mitomisin C, epirubisin veya doksorubisin) — ilk 24 saat içinde. [Güçlü]
2. Mesane perforasyonu veya irrigasyon gerektiren kanama varsa tek doz instilasyon YAPILMAZ; bunun yerine serum fizyolojik/su ile sürekli irrigasyon. [Güçlü]
3. Ek adjuvan instilasyon endikasyonu yoktur.
4. Küçük, nüks, düşük dereceli Ta tümörlerde ofis fulgurasyonu güvenli bir seçenektir. [Güçlü]
5. Seçilmiş olgularda endoskopik ablasyona alternatif olarak aktif izlem ve/veya kemoablasyon önerilebilir. [Zayıf]
TAKİP ŞEMASI
1. 3. ayda sistoskopi. [Zayıf]
2. Negatifse: 9 ay sonra (yani 12. ayda) sistoskopi.
3. Sonrasında 5 yıl boyunca YILLIK sistoskopi.
4. 5 yıl sonunda takip sonlandırılabilir.
5. Rutin üst üriner sistem görüntülemesi gerekmez.
EK NOTLAR VE UYARILAR
• 2. TUR-M ayrıca: eksik/şüpheli ilk rezeksiyonda ve spesimende detrüsör kası yoksa endikedir (Ta LG/G1 ve primer CIS hariç). [Güçlü]
• Sigara içen hastalara bırakma danışmanlığı verilmelidir. [Güçlü]
• BCG kontrendikasyonları: TUR-M sonrası ilk 2 hafta, makroskopik hematüri, travmatik kateterizasyon, semptomatik idrar yolu enfeksiyonu. [Güçlü]
• BCG yanıtsız (unresponsive) hastalık: radikal sistektomi önerilir; RC'ye uygun olmayanlara mesane koruyucu stratejiler (tercihen klinik çalışma içinde).
Klinik karar destek aracıdır; klinik muhakemenin yerini almaz. Kaynak: EAU NMIBC Kılavuzu 2026 / 2021 EAU risk grupları (www.nmibc.net)

SB-96) İSKEMİK VE NON İSKEMİK PARSİYEL NEFREKTOMİNİN BÖBREK FONKSİYONLARI VE PERİOPERATİF SONUÇLAR ÜZERİNE ETKİSİ: PROPENSITY SKORUNA DAYALI IPTW ANALİZİ

İSMAİL ÖNDER YILMAZ(1) MEHMET ZUBAROGLU(2) EMRE FİLİK(1) SEVİNÇ PÜREN YÜCEL(3) ŞEYDA ERDOĞAN(4) MEHMET GÜRKAN ARIKAN(1) NEBİL AKDOĞAN(1) MUTLU DEĞER(1) ERKAN DEMİR(1) VOLKAN IZOL(5)

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana, Türkiye
2. Tarsus Devlet Hastanesi, Mersin, Türkiye
3. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı, Adana, Türkiye
4. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Adana, Türkiye
5. Özel Çukurova Üroloji Merkezi, Adana, Türkiye

AMAÇ

Bu çalışmada, seçim yanlılığı propensity skoruna dayalı ters tedavi olasılığı ağırlıklandırması (inverse probability of treatment weighting, IPTW) ile düzeltildikten sonra iskemik ve iskemisiz parsiyel nefrektominin postoperatif böbrek fonksiyonları üzerindeki etkisinin karşılaştırılması amaçlandı. Ayrıca perioperatif sonuçlar, komplikasyonlar ve pozitif cerrahi sınır oranları değerlendirildi.

GEREÇ-YÖNTEM

Parsiyel nefrektomi uygulanan 245 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların 111'i (%45,3) iskemisiz, 134'ü (%54,7) iskemik parsiyel nefrektomi grubundaydı. Yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, ASA skoru, preoperatif hemoglobin, trombosit sayısı, tümör boyutu, klinik evre ve preoperatif glomerüler filtrasyon hızı (GFR) kullanılarak propensity skorları hesaplandı. Gruplar arasındaki başlangıç farklılıklarını dengelemek amacıyla IPTW uygulandı. Kovaryat dengesi standartlaştırılmış ortalama fark ile değerlendirildi.

BULGULAR

IPTW sonrasında tüm başlangıç değişkenlerinde yeterli denge sağlandı. Birinci ay postoperatif GFR, iskemisiz grupta anlamlı olarak daha yüksekti (ortalama fark: 3,57; p=0,035). Birinci yıl GFR değerleri ve GFR değişim oranları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Birinci yıldaki serum kreatinin değişimi iskemik grupta daha fazlaydı (p=0,042). Ameliyat süresi iskemik grupta ortalama 51,9 dakika daha uzundu (p<0,001). Majör komplikasyonlar (%5,4'e karşı %6,2; p=0,714) ve pozitif cerrahi sınır oranları (%4,5'e karşı %3,2; p=0,452) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı(Tablo 1).

SONUÇ

İskemisiz parsiyel nefrektomi, erken dönemde daha iyi böbrek fonksiyonu ve daha kısa ameliyat süresi ile ilişkili görünmektedir. Bununla birlikte, uzun dönem böbrek fonksiyonları, majör komplikasyonlar ve pozitif cerrahi sınır oranları bakımından iskemik ve iskemisiz parsiyel nefrektomi arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Table 1. Baseline characteristics before and after inverse probability of treatment weighting (IPTW)

	Before IPTW			After IPTW		
	Non-ischemic PN (n=111)	Ischemic PN (n=134)	$\|SMD\|$	Non-ischemic PN	Ischemic PN	$\|SMD\|$
Age, years	59.0(47.0-67.0)	55.0(46.0-64.5)	0.137	58.0(45.0-65.0)	55.0(48.0-66.0)	0.008
Gender, n(%)						
Male	65(58.6)	69(51.5)	0.076	54.2	54.2	0.001
Female	46(41.4)	65(48.5)		45.8	45.8	
Body mass index (BMI), kg/m²	27.1(25.2-30.9)	27.8(25.5-30.5)	0.060	27.2(25.2-31.2)	27.7(25.5-30.1)	0.003
ASA score, n(%)						
ASA I	64(57.7)	83(62.4)	0.035	60.1	30.2	0.001
ASA II-III	47(42.3)	50(37.6)		39.9	39.8	
Preoperative hemoglobin, g/dL	14.0(12.0-15.0)	14.0(12.2-15.0)	0.025	14.0(12.0-15.0)	14.0(12.2-15.0)	0.008
Preoperative platelet count (×10³/μL)	245.0(200.0-305.0)	270.0(224.3-307.8)	0.126	250.0(210.0-319.0)	262.8(220.0-304.2)	0.003
Tumor size, cm	35.0(25.0-53.0)	39.5(27.8-54.5)	0.073	35.0(26.0-53.0)	40.0(29.0-55.1)	0.004
Clinical stage, n(%)						
T1	102(91.9)	123(91.8)	0.008	91.4	91.6	0.002
T2-T3	9(8.1)	11(8.2)		8.6	8.4	
Preoperative GFR	80.0(60.0-90.0)	86.0(70.0-100.0)	0.143	80.0(70.0-90.0)	80.0(70.0-100.0)	0.005

Values are presented as mean ± standard deviation, median (interquartile range), or number (%), as appropriate.
SMD: Standardized mean difference

SB-97) PREOPERATİF MONOSİT/LENFOSİT ORANI İLE PROSTAT BİYOPSİSİNDEN RADİKAL PROSTATEKTOMİYE ISUP DERECE GRUBU ARTIŞI ARASINDAKİ İLİŞKİ: ALTI SİSTEMİK İNFLAMASYON İNDEKSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

TAHA DÖNER(1) BURAK GÖKHAN KEPEKÇİ(1) TURAN MÜSEVİTOĞLU(1) ÖMER AKAN(1) MURAT KOSAN(1) CABİR ALAN(1) EYÜP BURAK SANCAK(1) HASAN ANIL KURT(1)

1. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Biyopsi ile radikal prostatektomi (RP) spesimenindeki ISUP derece grubu arasındaki artış, preoperatif risk sınıflamasındaki örnekleme yetersizliğini yansıtabilir. Bu çalışmada altı sistemik inflamasyon indeksinin derece artışıyla ilişkisi karşılaştırıldı ve en bilgilendirici indeksin klinik modele ek katkısı değerlendirildi.

GEREÇ-YÖNTEM

Retrospektif kurumsal veri tabanındaki 132 hasta tarandı. Biyopsi ve RP ISUP derecesi bulunan 111 hastadan biyopsi ISUP derece grubu 5 olan üç hasta tavan etkisi, preoperatif monosit veya lenfosit değeri eksik iki hasta ise eksik veri nedeniyle dışlandı. Ana analiz 106 hastada yapıldı. Derece artışı, RP ISUP derecesinin biyopsi derecesinden yüksek olması olarak tanımlandı. NLR (nötrofil/lenfosit oranı), PLR (trombosit/lenfosit oranı), MLR (monosit/lenfosit oranı), SII (sistemik immün-inflamasyon indeksi), SIRI (sistemik inflamasyon yanıt indeksi) ve PIV (pan-immün-inflamasyon değeri) hesaplandı. Her indeks, log2(PSA dansitesi) ve biyopsi ISUP derecesini içeren temel modele ayrı ayrı eklendi; etkiler indeksin iki kat artışı başına odds oranı (OR) olarak verildi. Çoklu testler Benjamini-Hochberg yöntemiyle düzeltildi.

BULGULAR

Derece artışı 44/106 (%41,5) hastada saptandı. Preoperatif MLR derece artışı olanlarda daha yüksekti [0,284 (0,198-0,345) ve 0,217 (0,175-0,300); p=0,017]. Düzeltilmiş analizde MLR'nin iki kat artışı, derece artışı odds'unda 3,50 kat artışla ilişkiliydi (OR 3,50; %95 GA 1,44-8,55; p=0,0059; FDR-q=0,035). NLR, PLR, SII, SIRI ve PIV anlamlı değildi. MLR model uyumunu artırdı (olabilirlik oranı testi p=0,003); AUC(ROC eğrisi altında kalan alan) 0,730'dan 0,758'e yükseldi, ancak AUC farkı anlamlı değildi (p=0,438). Tekrarlı çapraz doğrulanmış AUC temel modelde 0,711, MLR eklenen modelde 0,729 idi.

SONUÇ

Preoperatif MLR, altı indeks arasında biyopsiden RP'ye ISUP derece artışıyla bağımsız ve çoklu test düzeltmesine dayanıklı ilişki gösteren tek belirteçti. MLR klinik bir eşik veya tek başına karar testi değildir; düşük maliyetli ve doğrulanmaya değer yardımcı bir biyobelirteç adayıdır.

İndeks	OR*	%95 Güven Aralığı	p	FDR-q(yanlış keşif oranı)
NLR	0,96	0,54-1,71	0,884	0,887
PLR	1,58	0,74-3,35	0,236	0,696
MLR	3,50	1,44-8,55	0,0059	0,035
SII	0,97	0,59-1,57	0,887	0,887
SIRI	1,25	0,76-2,06	0,373	0,696
PIV	1,16	0,78-1,75	0,464	0,696

Altı preoperatif inflamasyon indeksinin ISUP derece artışıyla düzeltilmiş ilişkileri(*OR, indeksin iki kat artışı başınadır. Her model log2(PSA dansitesi) ve biyopsi ISUP derece grubuna göre düzeltilmiştir. FDR-q, altı indeks için Benjamini-Hochberg düzeltmesine aittir. Temel model AUC=0,730; MLR eklenen model AUC=0,758; olabilirlik oranı testi p=0,003; eşleştirilmiş bootstrap AUC farkı p=0,438.)

SB-99) PREMATÜR EJAKÜLASYON TANILI BİREYLERDE İNTEROSEPSİYONUN İNCELENMESİ

EREN CAN AYDIN(1) HASAN DELİKTAŞ(1) SERKAN AKSU(1) ENGİN DEREKÖYLÜ(1)

1. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, prematür ejakülasyon (PE) tanılı bireylerde interosepsiyon düzeylerini hem subjektif hem de objektif boyutlarıyla incelemek ve bu düzeyleri sağlıklı bireylerle karşılaştırmaktır. Ayrıca interosepsiyonun prematür ejakülasyon semptom şiddeti (PEDT) ile ilişkisi ve bu semptomları predikte etme gücü değerlendirilmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM

Araştırma analitik-kesitsel ve karşılaştırmalı desende yürütülmüştür. Çalışmaya prematür ejakülasyon tanısı almış 40 birey ve yaş açısından benzer
40 sağlıklı kontrol katılmıştır (toplam N=80). Katılımcıların subjektif interosepsiyon düzeyi Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness-2 (MAIA-2) ile, objektif interoseptif doğruluğu ise Schandry kalp atımı algılama testi ile değerlendirilmiştir. Prematür ejakülasyon semptom şiddeti Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT) ile ölçülmüştür. Veriler bağımsız örneklem t-testi, Pearson korelasyon analizi ve çoklu lineer regresyon analizi ile incelenmiştir.

BULGULAR

Analiz sonuçları MAIA toplam puanı ile bazı alt boyutların (özellikle Bedeni Dinleme, Dikkati Düzenlemek ve Güvenmek) kontrol grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermiştir. Buna karşılık objektif interosepsiyon ölçümü olan Schandry skorları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Korelasyon analizleri subjektif interosepsiyon boyutları arasında güçlü ve pozitif ilişkiler bulunduğunu, ancak
subjektif ve objektif interosepsiyon ölçümleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koymuştur. Çoklu regresyon analizi sonucunda interosepsiyon alt boyutlarının PEDT puanındaki varyansın %36,4'ünü açıkladığı belirlenmiştir. Özellikle Bedeni Dinleme ve
Güvenmek alt boyutlarının semptom şiddetini negatif yönde, Duygusal Farkındalık alt boyutunun ise pozitif yönde anlamlı biçimde predikte ettiği saptanmıştır. Objektif interoseptif doğruluk düzeyi semptom şiddeti üzerinde anlamlı bir prediktör değildir.

SONUÇ

Bulgular, prematür ejakülasyonun yalnızca fizyolojik süreçlerle açıklanamayacağını ve özellikle subjektif interosepsiyon boyutlarının semptom şiddeti ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bedensel sinyalleri dinleme ve bu sinyallere güven düzeyi arttıkça semptom şiddetinin azalma eğiliminde olduğu görülmüştür. Buna karşılık objektif kalp atımı algısının prematür ejakülasyon semptomlarının açıklanmasında belirleyici olmadığı
görülmektedir. Bu sonuçlar, prematür ejakülasyonun değerlendirilmesi ve tedavisinde beden farkındalığı ve psikolojik süreçlerin dikkate alınmasının önemine işaret etmektedir.

SB-100) YAŞAM BOYU PREMATÜR EJAKÜLASYONLU HASTALARDA TRANSKÜTANÖZ NÖROMUSKÜLER ELEKTRİKSEL STİMÜLASYON İLE PELVİK REHABİLİTASYONUN EJAKÜLASYON LATANSI ÜZERİNE ETKİSİ

MUHAMMED SACİD DEMİR(1) YİĞİT ÇAĞRI KIZILÇAY(2) EMRE TÜZEL(3) ÇAĞDAŞ ŞENEL(4) EGE CAN ŞEREFOĞLU(5) ŞAKİR ONGÜN(4)

1. HAKKARİ DEVLET HASTANESİ
2. BALIKESİR DEVLET HASTANESİ
3. ÖZEL EGEPOL HASTANESİ
4. BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
5. BİRUNİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Yaşam boyu prematür ejakülasyonu (YB-PE) olan erkeklerde; düzenli pelvik rehabilitasyonun (PR) etkinliğini, pelvik taban kas egzersizleri (PTKE) ile kombine edilmiş ihtiyaç halinde (OD - on-demand) kullanılan transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS) ile karşılaştırmak.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu prospektif, tek kör, randomize kontrollü çalışmaya YB-PE tanısı alan 47 erkek dahil edilmiş ve hastalar 1:2.5 oranında şu iki gruba randomize edilmiştir:
PR Grubu (n=16): Klinik ortamında haftada 3 kez, 12 hafta boyunca perineal TENS + her gün PTKE.
OD (İhtiyaç Halinde) Grubu (n=31): İlişki öncesi perineal TENS + her gün PTKE.
Çalışmanın birincil sonlanım noktası, aritmetik ortalama vajina içi ejakülasyon gecikme süresi (IELT) olarak belirlenmiştir. İkincil sonlanım noktaları ise PEDT (Erken Boşalma Tanı Aracı) skorları, IIEF-5 (Uluslararası Erektil İşlev Formu) skorları ve önceden tanımlanmış üç başarı kriterini içermektedir.

BULGULAR

Çalışmayı 42 hasta tamamlamıştır (PR: n=12, OD: n=30). IELT süreleri; PR grubunda 26,92 ± 19,07 saniyeden 82,17 ± 54,31 saniyeye yükselmiş (4,1 kat artış; p=0,001), OD grubunda ise 29,90 ± 17,07 saniyeden 47,30 ± 33,98 saniyeye çıkmıştır (1,9 kat artış; p=0,001). PR grubu; IELT kat sayısındaki artışta (4,1'e karşı 1,9; p=0,001), PEDT skoru düşüşünde (-5,6'ya karşı -1,4; p=0,005) ve IELT süresinin 4 kat ve üzerine çıkması başarı oranında (%33,3'e karşı %3,3; Göreceli Risk [RR]=10,0; p=0,018) anlamlı derecede daha yüksek başarı göstermiştir.

SONUÇ

Her iki protokol de boşalma gecikme süresini anlamlı ölçüde uzatmıştır. Ancak, PTKE ile kombine edilen düzenli perineal TENS uygulaması, ihtiyaç halinde kullanıma kıyasla tüm parametrelerde belirgin şekilde daha üstün sonuçlar vermiştir.

Değişken	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	p değeri
IELT, sn	26,92 ?? 19,07 (4 – 58,75)	82,17 ? 54,31 (11 – 177)	0,001
PEDT	18,4 ? 1,6 (14 – 20)	12,8 ? 5,1 (4 - 20)	0,005
IIEF–5	23,4 ? 1,3 (22 - 25)	24,4 ? 1 (22 – 25)	0,015

Pelvik rehabilitasyon grubu tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırma

Tablo 3. Tedavi sonrası bulguların gruplar arası analizi

Değişken	Pelvik Rehabilitasyon Grubu (n=12)	On-demand Grubu (n=30)	p değeri
IELT, sn (tedavi sonrası)	82,17 ± 54,31 (11 – 177)	47,30 ± 33,98 (5 – 166,75)	**0,045** [b]
IELT_Fark, sn (tedavi sonu – başlangıç)	55,25 ± 42,44(-1,0 – 118,25)	17,40 ± 25,30(-14,90 – 110,25)	**0,009** [b]
IELT Kat (tedavi sonu / başlangıç)	4,1 ± 3,5(1,0 – 14,2)	1,9 ± 2,2(0,7 – 12,9)	**0,001** [b]
IIEF–5 (tedavi sonrası)	24,4 ± 1(22 – 25)	24 ± 1,4(21 – 25)	0,303 [a]
PEDT (tedavi sonrası)	12,8 ± 5,1(4 – 20)	17,1 ± 3,4 (4 – 20)	**0,006** [b]
PEDT değişimi (tedavi sonrası – başlangıç)	-5,6 ± 5,1(-15,0 - 1,0)	-1,4 ± 2,6(-11,0 – 2,0)	**0,005** [b]

a: Independent Sample t-test
b: Mann Whitney-U testi

SB-101) NON-OBSTRÜKTİF AZOSPERMİDE MTESE İLE SPERM ELDE EDİLMESİNİN ÖNGÖRÜLMESİNDE ÜCD ANDROLOJİ ÇALIŞMA GRUBU KLİNİK NOMOGRAMI İLE YAPAY ZEKÂ MODELLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

MEHMET ÇETİN(1) CEYHUN ÖZDEMİROĞLU(2) BAHADIR ŞAHİN(2) HAYDAR KAMİL ÇAM(2)

1. Siverek devlet hastanesi
2. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Non-obstrüktif azospermi (NOA), erkek infertilitesinin en ağır tablolarından biridir ve bu hastalarda sperm elde etmek için en sık mTESE kullanılmaktadır. Ancak mTESE öncesi sperm elde edilme olasılığını öngörmek güçtür. Klinik değişkenlere dayalı tahmin modelleri ve nomogramlar geliştirilmiş olsa da ayırt edici performansları sınırlı ve değişkendir. Bu çalışmada, NOA'lı hastalarda mTESE ile sperm elde edilmesinin öngörülmesinde ÜCD Androloji Çalışma Grubu klinik nomogramı ile ChatGPT ve Gemini modellerinin ayırt edici performanslarının karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmada, 2022–2026 yılları arasında NOA nedeniyle mTESE uygulanan 80 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Obstrüktif azospermisi bulunan, mTESE dışında başka bir sperm elde etme yöntemi uygulanan veya Azoospermi Faktör A (AZFa) ya da Azoospermi Faktör B (AZFb) delesyonu saptanan hastalar dışlandı. Temmuz 2026'da her hasta için OpenAI ChatGPT (GPT-5.6 Sol, Thinking mode) ve Google Gemini 3.5 Flash ile iki sorgulama senaryosu oluşturuldu. İlk senaryoda yaş, beden kitle indeksi, karyotip, Y kromozomu mikrodelesyonu, testis hacmi, FSH, LH ve testosteron düzeyleri ile sigara, enfeksiyon ve önceki varikoselektomi öyküsünü içeren genişletilmiş klinik veri seti kullanıldı. İkinci senaryoda girdiler, klinik nomogramda kullanılan testis hacmi, FSH, testosteron, karyotip ve Y kromozomu mikrodelesyonu değişkenleriyle sınırlandırıldı. Her iki senaryoda modellerden mTESE'de sperm elde edilme olasılığını tek ve kesin bir yüzde olarak belirtmeleri istendi; gerçek mTESE sonuçları modellere sunulmadı. Ayrıca her hasta için klinik nomogramla sperm elde edilme olasılığı hesaplandı. Ayırt edici performanslar ROC analiziyle değerlendirildi; AUC değerleri %95 güven aralıklarıyla hesaplandı ve DeLong testiyle karşılaştırıldı.

BULGULAR

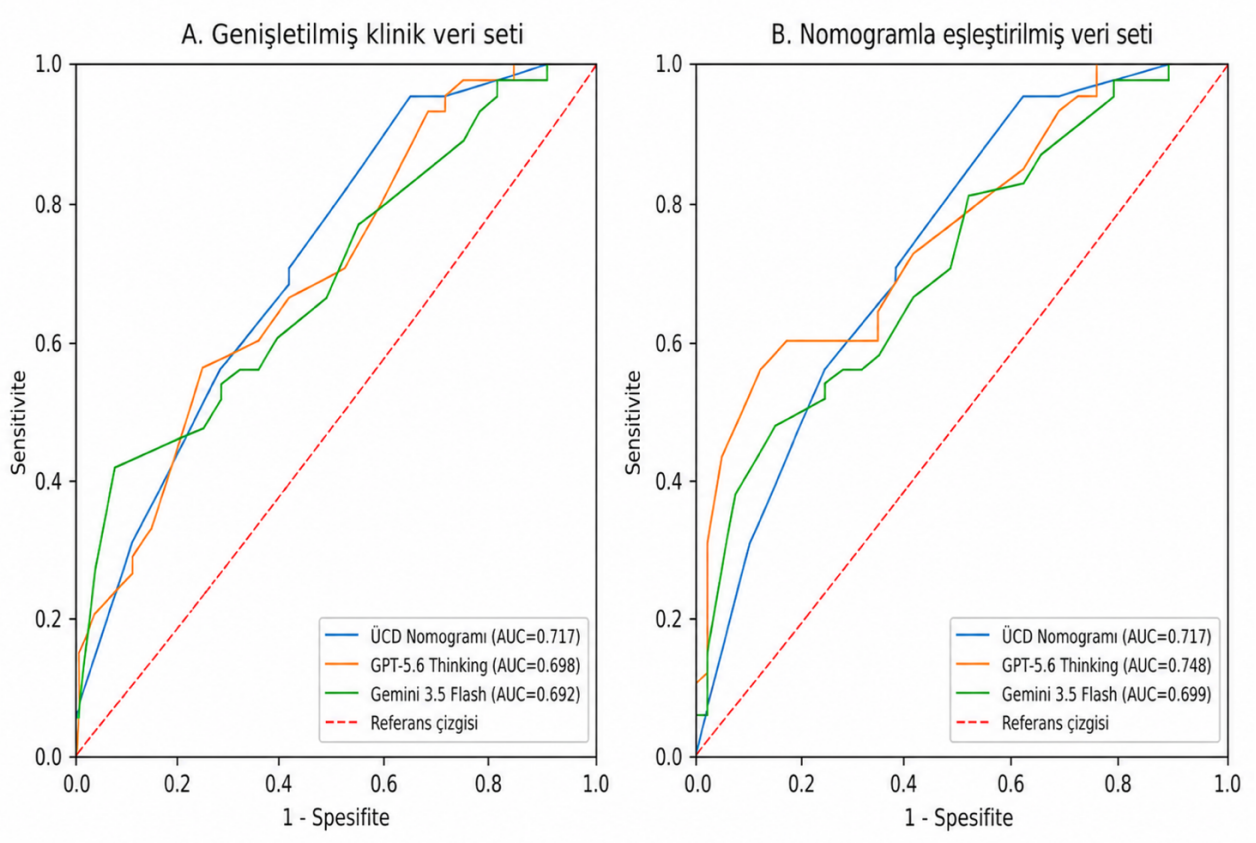
Hastaların ortanca yaşı 34 (30–37) yıl, beden kütle indeksi 25,8 (22,6–27,9) kg/m², testis hacmi 15,0 (9,1–19,2) mL, FSH düzeyi 14,3 (5,7–27,2) IU/L ve testosteron düzeyi 337 (256–484) ng/dL idi. mTESE'de 48 hastada (%60) sperm elde edildi, 32 hastada (%40) edilemedi. Genişletilmiş klinik veri setinde AUC, GPT-5.6 Thinking için 0,698 (%95 GA: 0,579–0,818), Gemini 3.5 Flash için 0,692 (%95 GA: 0,575–0,809) bulundu. Nomogram değişkenleriyle sınırlandırılmış senaryoda AUC, GPT-5.6 Thinking için 0,748 (%95 GA: 0,642–0,855), Gemini 3.5 Flash için 0,699 (%95 GA: 0,583–0,815) idi. Klinik nomogramın AUC değeri 0,717 (%95 GA: 0,600–0,833) olarak hesaplandı. En yüksek sayısal performans, nomogram değişkenleriyle sınırlandırılmış GPT-5.6 Thinking senaryosunda gözlendi; ancak ikili DeLong karşılaştırmalarında anlamlı fark saptanmadı (tüm p>0,05). Beş yöntemin eş zamanlı karşılaştırılmasında da fark yoktu (Wald ?²=3,614; sd=4; p=0,461).

SONUÇ

ÜCD Androloji Çalışma Grubu klinik nomogramı ile GPT-5.6 Thinking ve Gemini 3.5 Flash, mTESE ile sperm elde edilmesini öngörmede benzer ayırt edici performans gösterdi. Nomogram değişkenleriyle sınırlandırılmış GPT-5.6 Thinking en yüksek sayısal AUC'ye ulaşsa da üstünlük anlamlı değildi. Bu bulgular, kolay uygulanabilir, standardize ve yorumlanabilir ÜCD nomogramının preoperatif değerlendirmedeki önemini desteklemektedir. Yapay zekâ modellerinin katkısını belirlemek için daha geniş, çok merkezli örneklemlerde dış doğrulama, kalibrasyon ve tekrarlanabilirlik analizleri gereklidir.

Tahmin Yöntemi	Sorgulama Senaryosu	AUC (%95 GA)	Nomograma karşı DeLong p değeri
GPT-5.6 Thinking	Genişletilmiş klinik veri seti	0,698 (0,579–0,818)	0,649
Gemini 3.5 Flash	Genişletilmiş klinik veri seti	0,692 (0,575–0,809)	0,653
GPT-5.6 Thinking	Nomogram değişkenleriyle sınırlandırılmış	0,748 (0,642–0,855)	0,429
Gemini 3.5 Flash	Nomogram değişkenleriyle sınırlandırılmış	0,699 (0,583–0,815)	0,734
ÜCD Androloji Çalışma Grubu Klinik Nomogramı	Klinik nomogram	0,717 (0,600–0,833)	-

Tablo1



Şekil 1. mTESE ile sperm elde edilmesinin öngörülmesinde ÜCD Androloji Çalışma Grubu klinik nomogramı ve yapay zekâ modellerinin ROC eğrileri.
A) Genişletilmiş klinik veri seti kullanılarak GPT-5.6 Thinking ve Gemini 3.5 Flash tarafından oluşturulan tahminlerin ÜCD Androloji Çalışma Grubu klinik nomogramı ile karşılaştırılması.
B) Yapay zekâ modellerine sunulan girdilerin klinik nomogramda kullanılan değişkenlerle sınırlandırıldığı senaryodaki ROC eğrileri.
Kesikli diyagonal çizgi rastlantısal sınıflandırma düzeyini göstermektedir. AUC değerleri lejantta sunulmuştur. DeLong testiyle yapılan karşılaştırmalarda yöntemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (tüm p>0,05).

SB-102) KIRMIZI LED IŞIĞIN YAŞLI VE ERİŞKİN RATLARDA TESTİS HİSTOLOJİSİ VE SPERM PARAMETRELERİ ÜZERİNE OLASI TERAPÖTİK ETKİLERİ

MERT EVİRGEN(1) İSMAİL ÖNDER YILMAZ(2) GÜLFİDAN COŞKUN(2) SAİT POLAT(2) AKSAKER NAZİM(2) İBRAHİM ATİLLA ARIDOĞAN(2)

1. GÜMÜŞHANE DEVLET HASTANESİ
2. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ

AMAÇ

Testisler, spermatogenez ve androjen sentezi yoluyla erkek üreme fonksiyonunda kritik bir rol oynayan organlardır. Yaşlanma; seminifer epitelde incelme, tübül çapında azalma, testosteron düzeylerinde düşüş ve sperm parametrelerinde bozulma gibi testislerde yapısal ve fonksiyonel değişikliklerle ilişkilidir. Son yıllarda fotobiyomodülasyonun çeşitli dokular üzerinde rejeneratif etkiler gösterdiği bildirilmiş olmakla birlikte, kırmızı LED ışığının testis dokusu üzerindeki yaşa bağlı etkilerine ilişkin veriler sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı, kırmızı LED ışığının genç erişkin ve yaşlı sıçanlarda testis histolojisi ile sperm parametreleri üzerindeki etkilerini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışma, Çukurova Üniversitesi Hayvan Deneyleri Yerel Etik Kurulu onayının (24.04.2025/tarih, karar no: 1) alınmasının ardından gerçekleştirildi. Toplam 24 erkek Wistar–Albino sıçan çalışmaya dahil edildi. Sıçanlar yaş ve vücut ağırlıklarına göre genç erişkin (3–6 aylık, <350 g) ve yaşlı (18–24 aylık, >350 g) olarak sınıflandırıldı ve her biri altı sıçandan oluşan dört gruba rastgele ayrıldı: genç kontrol (G1), genç LED (G2), yaşlı kontrol (G3) ve yaşlı LED (G4). Hayvanlar 30 gün boyunca standart laboratuvar koşullarında, 12 saat aydınlık/12 saat karanlık döngüsünde tutuldu. Kontrol grupları yalnızca standart ortam gün ışığına maruz bırakıldı. LED gruplarına ise 20 cm mesafeden günlük kırmızı LED ışık uygulaması yapıldı (2835 SMD Strip LED; 4.8 W; 620–750 nm; 155 lm). Spektral analizde pik dalga boyu 633 nm olarak doğrulandı. Testis dokuları ışık ve elektron mikroskobisi ile değerlendirildi; histomorfometrik ve immünohistokimyasal analizlerde PCNA, BMAL1 ve 3ß-HSD incelendi. Ayrıca sperm sayısı, morfolojisi ve motilitesi değerlendirildi. Kan örneklerinde SOD, MDA, GPX1, melatonin, testosteron ve LH düzeyleri ölçüldü. İstatistiksel analizler SPSS 20.0 programı kullanılarak yapıldı ve $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

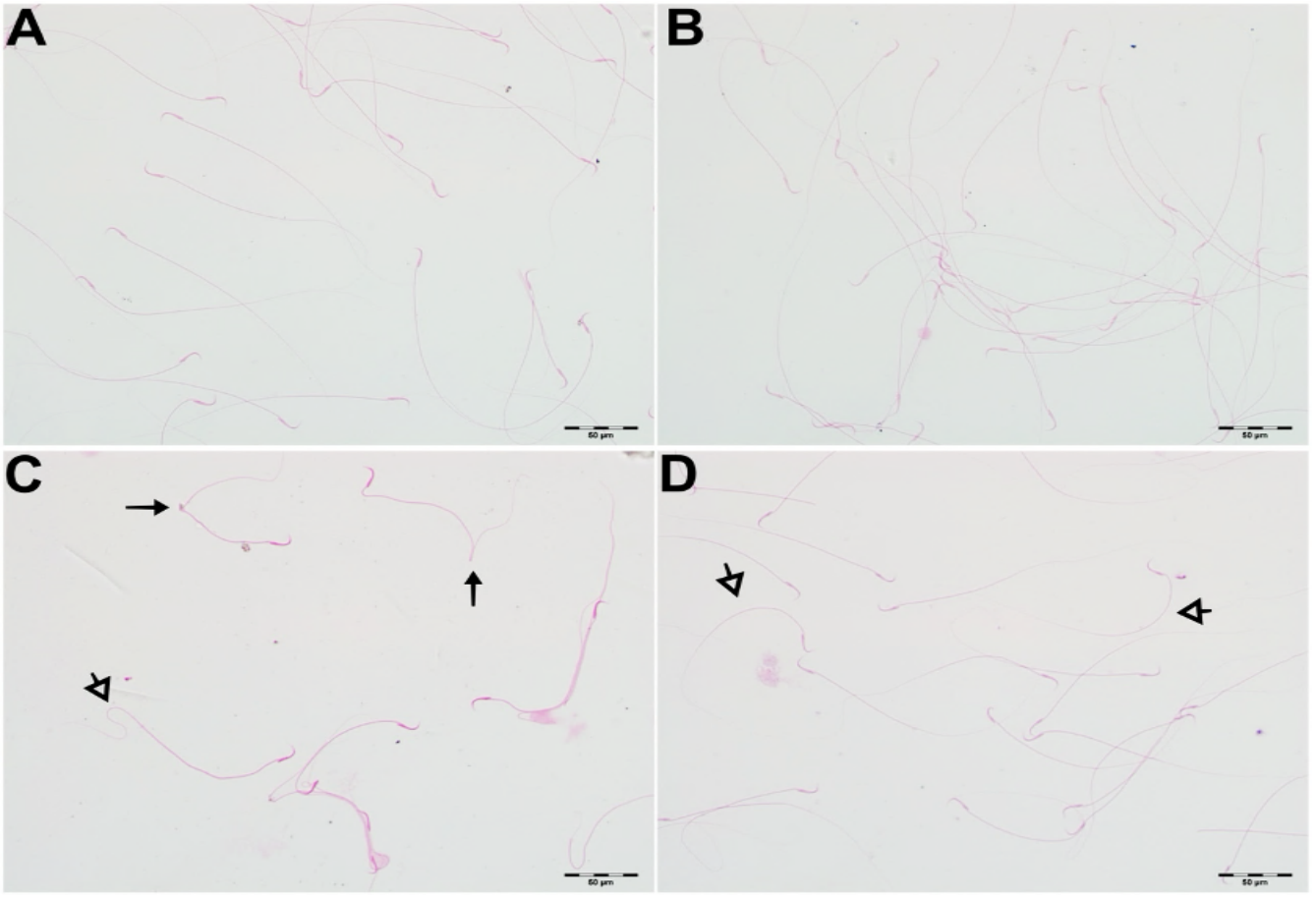
Gruplar arasında SOD, GPX1, melatonin ve LH düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmadı. Buna karşılık, hem genç hem de yaşlı gruplarda kontrol ve LED uygulanan gruplar arasında testosteron ve MDA düzeyleri açısından anlamlı farklılıklar bulundu ($p<0.001$). Seminifer tübül epitel kalınlığı, sperm sayısı ve sperm motilitesinde anlamlı iyileşmeler gözlendi; bu iyileşmeler özellikle yaşlı LED grubunda yaşlı kontrol grubuna kıyasla belirgindi ($p<0.001$). İmmünohistokimyasal analizlerde de yaşlı LED grubunda PCNA, BMAL1 ve 3ß-HSD immünreaktivitesinin anlamlı düzeyde arttığı gösterildi ($p<0.05$).

SONUÇ

Kırmızı LED ışık uygulaması, özellikle yaşlı sıçanlarda testis yapısı ve sperm parametreleri üzerinde olumlu etkiler göstermiştir. Bulgularımız, kırmızı LED tedavisinin yaşlanmaya bağlı testiküler dejenerasyonu azaltmada potansiyel, non-invaziv bir yaklaşım olabileceğini düşündürmektedir.

-	G1	G2	G3	G4	P
Tübül Epitel Kalınlığı (µm)	112,9±9,3 b	120,4±12,6 b	61,2±13,8 c	105,2±2,3	<0,001
Tübül Çapı (µm)	317,2±22,6 b	302,2±44,8	269,9±14,3 c	310,6±15,8	0,033

Histomorfometrik Bulguların Dağılımı



SB-103) SIÇANLARDA HİDROJEN SÜLFÜR DONÖRÜNÜN İSKEMİK PRİAPİZME BAĞLI GELİŞEN EREKTİL DİSFONKSİYONDAKİ KORUYUCU ETKİSİ VE TEDAVİ POTANSİYELİ

EMİNE NUR OZBEK(1) MUHAMMED AKIN KANTARCI(2) SERAP CİLAKER MICILI (3) BERFİN TOPAL(2) NEVİN ERSOY(4) TALHA BAŞAR KOÇ(5) GUNAY YETİK ANACAK (6) OZAN BOZKURT(7) NERGİZ DURMUS(2)

1. Ege Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
2. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
3. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
4. İzmir Tınaztepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
5. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
6. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
7. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

AMAÇ

İskemik priapizm (İP), korpus kavernozumda uzun süreli hipoksi, asidoz ve metabolik değişikliklere neden olarak düz kas hasarı, fibrozis ve erektil disfonksiyon gelişimine yol açmaktadır. Hidrojen sülfür (H^2S) vasküler fonksiyonun düzenlenmesi, oksidatif stresin kontrolü ve sitoprotektif yolaklarda önemli rol oynasa da, İP sonrasında endojen H^2S sistemindeki değişiklikler henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu çalışmanın amacı, İP'ye bağlı kavernozal hasarda H^2S metabolizmasının rolünü araştırmak ve sodyum hidrosülfürün (NaHS) erektil fonksiyon, doku hasarı ve moleküler yanıtlar üzerindeki etkilerini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

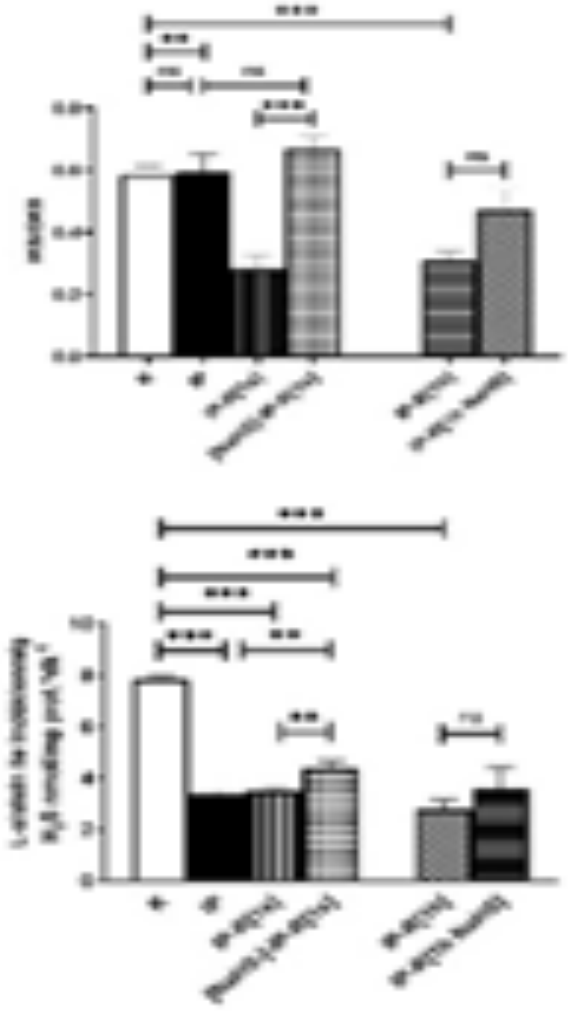
Wistar Albino sıçanlar altı gruba ayrıldı: kontrol, İP, İP sonrası 1 saat reperfüzyon (İP-R[1s]), İP öncesinde 1 hafta süreyle profilaktik NaHS tedavisi (75 µmol/kg, i.p.) uygulanıp ardından 1 saat reperfüzyon yapılan grup (NaHS-İP-R[1s]), İP sonrası 1 hafta reperfüzyon (İP-R[1h]) ve 1 haftalık reperfüzyon süresince terapötik NaHS uygulanan grup (İP-R[1h]+NaHS). Dört saatlik İP modeli vakum yöntemiyle oluşturuldu. Erektil fonksiyon intrakavernozal basınç/ortalama arter basıncı (ICP/MAP) oranı ile değerlendirildi. Endojen H^2S üretimi metilen mavisi yöntemiyle belirlendi. H^2S sentezleyen enzimler (CBS, CSE, 3-MST), Nrf2, HIF-1?, VEGF ve eNOS ekspresyonları immünohistokimyasal olarak incelendi. Histopatolojik değişiklikler ile kolajen/düz kas oranı hematoksilen-eozin ve Masson trikrom boyamalarıyla değerlendirildi.

BULGULAR

Dört saatlik İP erektil fonksiyonda anlamlı değişikliğe neden olmadı (IKB/OKB $p>0,05$). Buna karşın, 1 saatlik ve 1 haftalık reperfüzyon erektil yanıtları anlamlı olarak bozdu (sırasıyla $p<0,05$ ve $p<0,01$). Profilaktik NaHS uygulaması IKB/OKB oranını korudu ($p<0,01$), ancak reperfüzyon süresince uygulanan NaHS erektil fonksiyonu düzeltemedi ($p>0,05$) (Şekil 1). İP ve reperfüzyon endojen H^2S üretimini anlamlı düzeyde azalttı ($p<0,001$); bu azalma profilaktik NaHS ile kısmen düzeldi ($p<0,05$) (Şekil 1). Histopatolojik incelemelerde İP ve reperfüzyon gruplarında inflamasyon, ödem, vazokonjesyon ve kollajen birikimi arttı. Profilaktik NaHS bu değişiklikleri anlamlı düzeyde azaltarak kavernozal doku hasarını önledi. Buna karşın reperfüzyon süresince uygulanan NaHS inflamasyon ve ödemi değiştirmedi, ancak kollajen/düz kas oranını azalttı ($p<0,05$). Ayrıca uzamış reperfüzyonda eNOS, HIF-1? ve Nrf2 ekspresyonlarını anlamlı olarak artırdı (sırasıyla $p<0,001$; $p<0,05$ ve $p<0,001$).

SONUÇ

Bu çalışma, İP ile erken ve geç reperfüzyon dönemlerinin endojen H^2S metabolizmasını değiştirdiğini ve H^2S sinyalizasyonundaki bozulmanın iskemi/reperfüzyona bağlı kavernozal hasara katkıda bulunduğunu göstermektedir. Profilaktik NaHS tedavisi fonksiyonel ve yapısal koruma sağlarken, reperfüzyon döneminde uygulanan NaHS tedavisi moleküler adaptasyonları destekleyip kollajen/düz kas oranını azaltmasına rağmen gelişmiş kavernozal hasarı ve erektil disfonksiyonu geri çevirememiştir.



SB-104) YOUTUBE'DA PEYRONİE HASTALIĞINA YÖNELİK TÜRKÇE VE İNGİLİZCE VİDEOLARIN İÇERİK, KALİTE VE GÜVENİLİRLİK AÇISINDAN KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

İBRAHİM CAN AYKANAT(1) BUĞRA CİDANİ(1) MUHAMMED ÇAKIR(1) ÇAĞDAŞ ŞENEL(1) ŞAKİR ONGÜN(2)

1. balıkesir üniversitesi tıp fakültesi, üroloji anabilim dalı, balıkesir
2. BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, BALIKESİR

AMAÇ

Bu çalışmada, YouTube platformunda Peyronie hastalığına ilişkin Türkçe ve İngilizce videoların içerik, kalite, güvenilirlik ve kılavuzlara uygunluk açısından karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu gözlemsel kesitsel çalışmada, 1–15 Ocak 2026 tarihleri arasında YouTube'da Türkçe ("Peyronie hastalığı", "penis eğriliği") ve İngilizce ("Peyronie's disease", "penile curvature") anahtar kelimeleriyle yapılan aramalarda elde edilen videolar incelendi. Dahil edilme ve dışlanma kriterleri sonrası toplam 351 video (143 Türkçe, 208 İngilizce) analize alındı. Videolar yüklenme kaynağı, içerik teması, izlenme ve etkileşim özellikleri açısından değerlendirildi. Kalite ve güvenilirlik JAMA Benchmark Kriterleri, Modified DISCERN ve Global Quality Score (GQS) ile değerlendirildi. İstatistiksel analizler SPSS 26.0 kullanılarak gerçekleştirildi ve $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

İngilizce videoların süreleri ile izlenme ve beğeni sayıları Türkçe videolardan anlamlı olarak yüksekti (tümü $p<0,001$), buna karşın yorum sayısı Türkçe videolarda daha fazlaydı ($p=0,002$). JAMA, Modified DISCERN ve GQS skorları İngilizce videolarda anlamlı düzeyde daha yüksekti (tümü $p<0,001$). Kılavuz dışı veya eksik bilgi Türkçe videoların %23,8'inde, İngilizce videoların ise %6,7'sinde saptandı ($p<0,001$). Türkçe videolarda yanlış/eksik bilgi içeren tüm videolar özel muayenehane veya özel hastane hekimleri tarafından yüklenmişti. Her iki dilde de cerrahi dışı tedavilere odaklanan videolar en düşük kalite ve güvenilirlik skorlarına sahipti.

SONUÇ

YouTube'daki İngilizce Peyronie hastalığı videoları, Türkçe videolara kıyasla daha yüksek kalite, güvenilirlik ve kılavuz uyumu göstermektedir. Türkçe içeriklerde kılavuz dışı bilginin özellikle bireysel ve tanıtım amaçlı videolarda yoğunlaşması dikkat çekicidir. Güvenilir dijital sağlık bilgisinin yaygınlaştırılması için akademik kurumlar ve mesleki derneklerin çevrimiçi içerik üretiminde daha aktif rol üstlenmesi gerekmektedir.

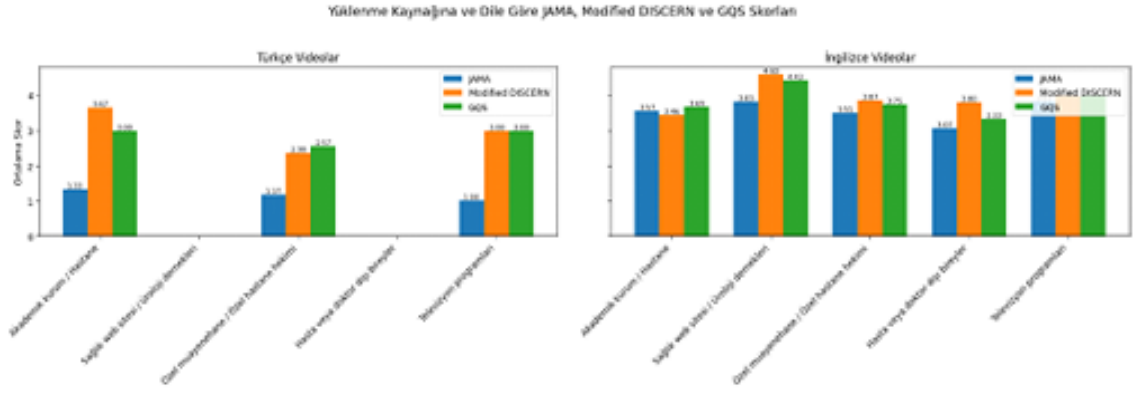
Modified DISCERN (Sağlık bilgisinin güvenilirliğini değerlendirmesi)* (17)			
No	Değerlendirme Kriteri	Hayır (0)	Evet (1)
1	Amaçlar açık ve net mi?	☐	☐
2	Güvenilir kaynak kullanılmış mı?	☐	☐
3	Bilgi dengeli ve tarafsız mı?	☐	☐
4	Ek bilgi kaynakları belirtilmiş mi?	☐	☐
5	Belirsizlikler tartışılmış mı?	☐	☐
JAMA Benchmark Kriterleri** (Şeffaflık ve güvenilirlik değerlendirmesi) (18)			
1	Yazarlık / konuşmacı bilgisi belirtilmiş mi?	☐	☐
2	Kaynaklar belirtilmiş mi?	☐	☐
3	Güncelleme / yüklenme tarihi mevcut mu?	☐	☐
4	Çıkar çatışması / sponsorluk beyanı var mı?	☐	☐
Global Kalite Skoru (GKS) (Videonun genel kalite ve eğitsel değerini değerlendirmesi)*** (19).			Skor
Düşük kalite; bilgi akışı zayıf, çoğu bilgi eksik ve hasta açısından faydasız			1
Genellikle düşük kalite; bazı bilgiler mevcut ancak birçok önemli konu eksik			2
Orta kalite; bazı önemli bilgiler yeterli, bazıları yüzeysel			3
İyi kalite; bilgilerin çoğu sunulmuş ancak bazı konular eksik			4
Mükemmel kalite; bilgi akışı çok iyi, hasta açısından son derece faydalı			5

*Toplam skor: 0–5, ** Toplam skor: 0–4, *** Toplam skor: 1-5

İstatistiksel analizler SPSS 26.0 kullanılarak gerçekleştirildi ve $p<0,05$ anlamlı kabul edildi

Değişken	Türkçe (n=143)	İngilizce (n=208)	p
Video süresi (sn)	143.0 (91.0–237.0)	296.5 (167.0–461.0)	<0.001
İzlenme sayısı	5114.0 (1 028.5–15 103.0)	25223.5 (3 868.0–55 162.2)	<0.001
Beğeni sayısı	23.0 (4.5–62.0)	47.5 (12.0–195.5)	<0.001
Yorum sayısı	3.0 (1.0–11.0)	1.5 (0.0–5.2)	0.002
JAMA skoru	1.0 (1.0–1.0)	4.0 (3.0–4.0)	<0.001
Modified DISCERN skoru	3.0 (1.0–3.0)	4.0 (4.0–4.0)	<0.001
GQS skoru	3.0 (2.0–3.0)	4.0 (4.0–4.0)	<0.001
Kılavuz dışı bilgi, n (%)	34 (%23.8)	14 (%6.7)	<0.001





SB-105) VİTAMİN B12 TEDAVİSİNİN ERKEKLERDE EJAKÜLASYON FONKSİYONLARINA ETKİSİ: SEMPTOMATİK İYİLEŞME VE GELİŞMİŞ SONUÇLAR

ÖZGÜR EKİCİ(1) AHMET HÜSREV TEKELİ(1) NİZAMETTİN KOCA(1) UĞUR AKGÜN(1) ONUR SERİN(1) SERDAR GEYLAN(1) EFE ÖNEN(1) ABDULLAH ERDOĞAN(1) VOLKAN ÇAĞLAYAN(1) SİNAN AVCI(1) SEDAT ÖNER(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ
İntramüsküler vitamin B12 tedavisinin, B12 eksikliği olan erkek hastalarda ejakülasyon fonksiyonları üzerine etkisini araştırmak.

GEREÇ-YÖNTEM
Ekim 2024 – Mart 2025 tarihleri arasında B12 eksikliği tanısıyla intramüsküler vitamin B12 tedavisi başlanan 18–70 yaş arası 54 erkek hasta prospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Tedavi öncesinde IELT (intravajinal ejakülasyon latens süresi), PEDT (erken boşalma tanı aracı) ve PEP (erken boşalma profili) anket skorları kaydedildi. Tedavinin 3. ayında telefon görüşmesiyle skorlar yeniden değerlendirildi. IELT <2 dk olan hastalar PE grubu (n=22) olarak ayrı analiz edildi; hastalar ayrıca PEDT skorlarına göre (<9, 9–10, >10) alt gruplara ayrıldı.

BULGULAR
Hastaların ortalama yaşı 43,5±13,3 yıl, ortalama B12 düzeyi 174,4±23,7 ng/L idi. Tedavi öncesi ortalama IELT 2,4±1,4 dk, PEDT skoru 11,5±4,6 idi. B12 eksikliği etiyolojisi: yetersiz alım %46,2, pernisiyöz anemi %27,7, ilaç kullanımı %18,5, inflamatuvar bağırsak hastalığı %7,4. Tüm hasta grubunda IELT ve PEDT skorlarında anlamlı değişim gözlenmedi. PE grubunda (IELT <2 dk, n=22): IELT anlamlı düzeyde uzadı ve PEDT skoru anlamlı azaldı (her ikisi p<0,001). PEP anketinde tüm grupta ve PE grubunda; algılanan kontrol (PEP-1, p=0,025), cinsel memnuniyet (PEP-2, p=0,005) ve kişilerarası güçlük (PEP-4, p=0,006) sorularında anlamlı iyileşme saptandı. Kişisel sıkıntı (PEP-3) skorunda anlamlı değişiklik gözlenmedi (p=0,116). PEDT alt grubunda: PEDT <9 grubunda değişim yok; PEDT 9–10 (p=0,001) ve PEDT >10 (p<0,001) gruplarında tüm parametrelerde anlamlı iyileşme izlendi.

SONUÇ
İntramüsküler vitamin B12 tedavisi, özellikle şiddetli PE semptomları olan (IELT <2 dk) erkeklerde ejakülasyon latens süresini uzatmakta ve cinsel memnuniyeti artırmaktadır. Serotonin metabolizmasındaki rolü göz önüne alındığında, B12 vitamini PE yönetiminde tamamlayıcı, maliyet-etkin bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir.

Tablo. Vitamin B12 Tedavisi Öncesi ve Sonrası PEP, IELT, PEDT Skorlarının Karşılaştırması

♦ PEP Anketi: Tedavi Öncesi ve Sonrası Değişim (ort±SS)

PEP Parametresi	Pre-tx Tüm Grup (n=54)	Post-tx Tüm Grup (n=54)	p	Pre-tx PE Grubu (n=22)	Post-tx PE Grubu (n=22)	p
PEP-1: Ejakülasyon üzerinde algılanan kontrol	1,6±1,2	1,8±1,0	0,025*	0,7±0,7	1,3±0,9	0,010*
PEP-2: Cinsel ilişkiden memnuniyet	1,6±1,0	2,0±0,8	0,005*	1,2±0,8	1,7±0,8	0,018*
PEP-3: Ejakülasyona bağlı kişisel sıkıntı	2,4±1,2	2,2±1,0	0,116	3,1±1,0	2,7±0,9	0,075
PEP-4: Ejakülasyona bağlı kişilerarası güçlük	2,5±0,9	2,1±0,6	0,006*	2,9±0,9	2,3±0,7	0,012*

♦ IELT ve PEDT Skorları: Tedavi Öncesi ve Sonrası (ort±SS)

IELT / PEDT	Pre-tx Tüm Grup (n=54)	Post-tx Tüm Grup (n=54)	p	Pre-tx PE Grubu (n=22)	Post-tx PE Grubu (n=22)	p
IELT (dk)	2,4±1,4	2,5±1,3	0,296	0,9±0,5	1,6±0,6	<0,001*
PEDT skoru	11,5±4,6	10,7±5,2	0,472	14,8±2,4	11,9±3,8	<0,001*

♦ PEDT Alt Gruplarına Göre Tedavi Yanıtı (ort±SS)

Parametre	PEDT <9 (n=16)			PEDT 9-10 (n=6)			PEDT >10 (n=32)		
Parametre	Pre	Post	p	Pre	Post	p	Pre	Post	p
IELT (dk)	3,4±0,5	3,4±0,5	0,466	4,1±0,2	3,8±0,9	0,311	1,2±0,6	1,9±0,7	<0,001*
PEDT	5,8±1,6	13,3±3,6	<0,001*	9,3±0,5	16,0±2,0	0,001*	13,8±2,1	9,7±4,1	<0,001*
PEP-1	1,9±1,1	1,8±1,1	0,164	3,0±0,6	2,6±1,3	0,363	1,3±1,1	1,8±0,9	0,012*
PEP-2	1,7±0,8	2,0±0,8	0,261	2,3±1,0	2,3±0,5	1,000	1,3±0,9	1,9±0,7	0,004*
PEP-3	2,1±1,0	2,2±1,1	0,718	1,3±0,8	1,5±1,2	0,741	2,7±1,1	2,2±1,0	0,031*
PEP-4	2,4±0,9	2,3±0,6	0,580	2,0±1,0	2,1±0,4	0,695	2,7±0,8	2,0±0,6	0,001*

** İstatistiksel olarak anlamlı (p<0,05). Sarı hücre: anlamlı p. Yeşil satır: PE grubunda anlamlı iyileşme.*

IELT: İntravajinal ejakülasyon latans süresi; PEDT: Erken boşalma tanı aracı; PEP: Erken boşalma profili; PE: Erken boşalma (IELT <2 dk); Pre-tx: Tedavi öncesi; Post-tx: Tedavi sonrası; SS: Standart sapma.

SB-106) PEYRONİE HASTALIĞINDA TUNİKAL PLİKASYON SONRASI FONKSİYONEL İYİLEŞME

ALİ CAN ALBAZ (1) OĞUZCAN ERBATU (1) NASIM MAMEDOVI(1) OKTAY ÜÇER(1) TALHA MÜEZZİNOĞLU (1) GÖKHAN TEMELTAŞ (1)

1. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ

AMAÇ

Peyronie hastalığında. tunikal aplikasyon ameliyatı sonrası yalnızca anatomik düzelmeyi değil ,erektil fonksiyon ve yaşam kalitesindeki değişimi değerlendirmek

GEREÇ-YÖNTEM

Stabil peyronie hastalığı nedeniyle tunikal aplikasyon yapılan 58 hasta retrospektif olarak incelendi.Erektil fonksiyon IIEF (International Index of Erectil function) ile değerlendirildi.Yaşam kalitesi KHQ ile değerlendirildi .

BULGULAR

Ortalama. yaş :55.4 yıl Ortalama eğirilik:41.3 '(derece) Anatomik başarı:%89.7 IIEF skoru:17.9--->21.3(iyileşti) KHQ skoru :43.2-->30.8 (yaşam kalitesi iyileşti) rezidü eğrilik olanlarda erektil fonksiyondaki düzelme benzerken ,yaşam kalitesi anatomik başarı grubunda daha fazla. iyileşti .komplikasyon oranı %19 reoperasyon gereksinimi yok

SONUÇ

Tunikal plikasyon . Penil eğriliği düzeltmenin yanı sıra erektil fonksiyon ve yaşam kalitesini de anlamlı olarak iyileştirir. Cerrahi başarı değerlendirilirken sadece. düzelme değil ,hasta tarafından bildirilen sonuçlar da. dikkate alınmalıdır .

Değişken	Değer
Hasta. sayısı (n)	58
Ortalama yaş(yıl)	55.4 _+ 9.1
Ortalama preoperatif eğrilik (derce)	41.3_+ 10.5
Anatomik başarı	52(%89.7)
Rezidüel eğrilik	6(%10.3)
Preoperatif IIEF	17.9
Postop 1.ay IIEF	18.9
Postop 6.ay IIEF	203
Postop 12.ay İİEF	21.3
Preoperatif KHQ	43.2
Takipte KHQ	30.8
Komplikasyon oranı	%19
Reoperasyon	0(%0)

hastaların demografiik,klinik ve postoperatif sonçları

SB-107) ERKEK İNFERTİLİTESİNDE KLOMİFEN SİTRAT REÇETELEME UYGULAMALARI: TÜRKİYE'DE ÜROLOGLAR ARASINDA ULUSAL KESİTSEL BİR ANKET ÇALIŞMASI

TUNCER BAHCECİ(1) GÖKHAN ÇEKER (2) ERMAN CEYHAN (3) ALİ CAN ALBAZ(4) MESUT BERKAN DURAN(5) CEVAHİR ÖZER(6) MURAT GÜL(7)

1. ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, AYDIN
2. BaşakşehİR Çam VE Sakura HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL
3. Baskent UnİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, ANKARA
4. Manisa Celal Bayar ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİMDALI, MANİSA
5. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİMDALI, DENİZLİ
6. Baskent ÜnİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, ADANA
7. SELÇUK ÜnİVERSİTESİ, TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, KONYA

AMAÇ

Klomifen sitrat, erkek infertilitesinde kanıt düzeyi sınırlı ve kılavuz önerileri net olmayan bir tedavi seçeneği olmasına rağmen klinik pratikte yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada, Türkiye'de ürologların erkek infertilitesinde klomifen sitrat reçeteleme eğilimlerinin, hasta seçim kriterlerinin, dozlama ve izlem yaklaşımlarının, tedavi başarı tanımlarının ve kullanım ile ilişkili hekim özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu çalışma, Türkiye'de görev yapan ürologlar arasında yürütülen ulusal, kesitsel ve web tabanlı bir anket çalışmasıdır. Anket Kasım–Aralık 2025 tarihleri arasında ulusal ve bölgesel üroloji meslek grupları aracılığıyla dağıtıldı. Toplam 1558 üroloğa davet gönderildi; 421 yanıt alındı. Asistan hekimler ve mükerrer yanıtlar dışlandıktan sonra 402 ürolog analiz edildi. Katılımcılar klomifen sitratı rutin klinik pratikte kullanıp kullanmamalarına göre iki gruba ayrıldı. Klomifen sitrat kullanan hekimlerde endikasyonlar, kontrendikasyonlar, doz tercihleri, tedavi hedefleri, takip stratejileri, risk danışmanlığı ve başarı tanımları değerlendirildi. Klomifen sitrat kullanımı ile ilişkili faktörler çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelendi.

BULGULAR

Katılımcıların 158'i (%39,3) erkek infertilitesinde klomifen sitrat kullandığını, 244'ü (%60,7) ise kullanmadığını bildirdi. Çok değişkenli analizde özel sektörde çalışma klomifen sitrat kullanımı ile bağımsız olarak ilişkili bulundu (OR=2,90; p<0,001). Yirmi yıldan fazla uzmanlık deneyimi olan hekimlerde kullanım olasılığı daha yüksekti (OR=2,18; p=0,002). Haftada beşten fazla yeni erkek infertilitesi hastası değerlendiren ürologlarda da klomifen sitrat kullanımı anlamlı olarak artmıştı (OR=2,27; p=0,001). En sık bildirilen kullanım endikasyonu idiyopatik erkek infertilitesi idi (%77,2). Tedavi hedefleri çoğunlukla sperm sayısını artırma (%84,8) ve serum testosteron düzeyini yükseltme (%63,9) gibi laboratuvar temelli sonlanımlara odaklanmaktaydı. Gebelik veya canlı doğum oranını artırma hedefi daha düşük oranda bildirildi (%41,1). Dozlama, tedavi süresi, izlem ve risk danışmanlığı yaklaşımlarında belirgin heterojenite izlendi. Klomifen sitrat kullanan hekimlerin %31,6'sı tedavi öncesinde rutin risk danışmanlığı vermediğini belirtti.

SONUÇ

Türkiye'de ürologlar arasında erkek infertilitesinde klomifen sitrat kullanımı heterojen bir klinik uygulama alanı olarak görünmektedir. Reçeteleme eğilimi daha çok hekim deneyimi, özel sektör pratiği ve infertilite hasta yoğunluğu ile ilişkili olup standart protokollerden ziyade klinik deneyime dayalı karar verme süreçlerini yansıtmaktadır. Tedavi hedefleri ve başarı tanımları çoğunlukla semen parametreleri ve hormonal değişiklikler gibi ara laboratuvar göstergelerine dayanmaktadır. Bu bulgular, erkek infertilitesinde klomifen sitrat kullanımı için daha net hasta seçim kriterlerine, standart izlem protokollerine, yapılandırılmış risk danışmanlığına ve gebelik/canlı doğum gibi klinik olarak anlamlı sonlanımları içeren prospektif çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Not: Bu çalışma 27.06.2026 tarihinde Journal of Clinical Medicine dergisinde tam metin makale olarak yayımlanmıştır.

Değişken	Odds oranı	%95 Güven aralığı	p değeri
>20 yıl uzmanlık deneyimi	2,18	1,34–3,56	0,002
Özel sektör / özel muayenehane	2,90	1,70–4,93	<0,001
Androloji alanında çalışma	2,35	0,85–6,49	0,098
Haftada >5 yeni vaka sayısı	2,27	1,41–3,67	0,001

Klomİfen sİtrat kullanımı İle İLİŞKİLİ faktörlerİn çok değİşkenlİ lojİstİK regresyon analİzİ ve model uyum İstatİstİkleri

SB-108) MİKROCERRAHİ VARİKOSELEKTOMİ SONRASI SPONTAN GEBELİĞİN ÖNGÖRÜLMESİNDE TESTİS HACMİNİN PREDİKTİF DEĞERİ: 201 HASTALIK TEK MERKEZ DENEYİMİ

ALİ CAN ALBAZ(1) SERHAT YAVUZ(1) OĞUZCAN ERBATU(1) OKTAY ÜÇER(1) TALHA MÜEZZİNOĞLU(1) GÖKHAN TEMELTAŞ(1)

1. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ

AMAÇ

Varikosel, erkek infertilitesinin en sık düzeltilebilir nedenlerinden biridir ve mikrocerrahi varikoselektomi semen parametrelerinde iyileşme sağlayabilmektedir. Ancak cerrahi başarının en önemli göstergesi spontan gebeliktir. Cerrahiden en fazla fayda görecek hastaların preoperatif dönemde belirlenmesi hasta danışmanlığı açısından önemlidir. Bu çalışmada mikrocerrahi varikoselektomi sonrası spontan gebeliği öngörmede testis hacmi, hormonal parametreler ve klinik özelliklerin prediktif değeri değerlendirildi.

GEREÇ-YÖNTEM

Mikrocerrahi subinguinal varikoselektomi uygulanan infertil erkek hastalar retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, hormonal parametreler, Prader ve Lambert yöntemleri ile ölçülen testis hacimleri, varikosel özellikleri ve preoperatif semen analizleri kaydedildi. Primer sonlanım noktası postoperatif spontan gebelikti. Spontan gebelik gelişen ve gelişmeyen hastalar karşılaştırıldı. Testis hacminin öngörücü performansı ROC analizi ile değerlendirildi.

BULGULAR

Toplam 201 hasta çalışmaya dahil edildi. Takipte 49 hastada (%24,4) spontan gebelik elde edildi.

SONUÇ

Sonuç: Mikrocerrahi varikoselektomi sonrası spontan gebelik olasılığı, hormonal parametrelerden çok korunmuş testiküler rezerv ile ilişkilidir. Prader yöntemiyle ölçülen testis hacmi, spontan gebeliğin öngörülmesinde kolay uygulanabilir ve klinik açıdan değerli bir belirteçtir.

DEĞİŞKEN	Gebelik (+) (n=49)	Gebelik (-) (n=152)	P
Prader testis hacmi (mL)	18,77 ± 2,10	17,20 ± 2,70	<0,001
Lambert testis hacmi (mL)	17,76 ± 2,09	16,27 ± 2,57	<0,001
FSH (IU/L)	5,76 ± 2,76	6,49 ± 2,72	0,076
ROC (Prader)	AUC=0,672	Cut-off=17,5 mL	<0,001

Spontan gebelik gelişen ve gelişmeyen hastaların karşılaştırılması

SB-109) KONJENİTAL PENİL KURVATÜRDE PENİL PLİKASYONUN UZUN DÖNEM SONUÇLARI: CERRAHİ ZAMANLAMA VE KURVATÜR MORFOLOJİSİ BAŞARIYI ETKİLİYOR MU?

MUSTAFA KABA(1) SERHAT GÜROCAK(1) ÖZGÜR TAN(1) METİN ONARAN(1)

1. GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Üroloji Anabilim Dalı

AMAÇ

Literatürde konjenital penil kurvatürde (KPK) cerrahi tedavinin uzun dönem başarısını belirleyen faktörler net değildir. Özellikle cerrahi zamanlamanın ve kurvatür morfolojisinin fonksiyonel sonuçlar üzerindeki etkisine ilişkin çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada, KPK nedeniyle penil plikasyon uygulanan hastaların uzun dönem cerrahi ve fonksiyonel sonuçlarının değerlendirilmesi; puberte durumu, kurvatür derecesi ve planar özelliklerin cerrahi başarı üzerindeki etkisinin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu çalışmaya, 2000–2024 yılları arasında KPK nedeniyle penil plikasyon uygulanan ve uzun dönem takip verilerine ulaşılan 52 hasta dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, puberte durumları, kurvatür yönü, derecesi ve planar özellikleri kaydedildi. Uzun dönem sonuçları hastalardan ve/veya ebeveynlerinden erekte halde self fotoğraflama ile elde edilmiştir. Tarafımızca Angle Meter adlı uygulama ile self fotoğraflar kullanılarak açı ölçümleri standardize edildi. Uzun dönem sonuçlar: rezidüel kurvatür, yeniden cerrahi gereksinimi, komplikasyonlar, subjektif penil kısalma, palpabl sütür varlığı, erektil fonksiyon ve hasta memnuniyeti (treatment benefit scale) açısından değerlendirildi. Hastalar puberte durumu, kurvatür derecesi (<60° ve ?60°) ve kurvatürün planar özelliğine göre alt gruplara ayrıldı. Cerrahi başarı Kaplan–Meier analiziyle değerlendirildi; başarıyla ilişkili faktörler tek değişkenli lojistik regresyon analiziyle incelendi.

BULGULAR

Hastaların operasyon sırasındaki ortalama yaşı 13,75±8,17 yıl, ortanca takip süresi 28,5 ay (IQR: 51; 8–234 ay) idi. Genel cerrahi başarı oranı %82,7, cinsel aktif hastalarda postoperatif IIEF-5 skorları preoperatif değerlere göre daha yüksek bulundu (20,30±3,11'e karşı 23,89±2,10). Tedavi Fayda Ölçeği değerlendirmesinde hastaların %53,8'i eğriliğin "çok iyi düzeldiğini", %40,4'ü "düzeldiğini", %5,8'i ise değişmediğini bildirirken, hiçbir hasta kötüleşme bildirmedi; genel hasta memnuniyeti %94,2 olarak hesaplandı. Prepubertal ve postpubertal hastalarda cerrahi başarı oranları sırasıyla %88 ve %77,8 olup gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi (p=0,469). Buna karşın postpubertal grupta komplikasyon oranı ve subjektif penil kısalma algısı anlamlı olarak daha yüksek izlendi (sırasıyla p=0,006 ve p<0,001) (Tablo 1). Kurvatür derecesinin ?60° olması cerrahi başarıyı olumsuz etkilemezken, bu grupta palpabl sütür sıklığı daha yüksek bulundu. Kaplan–Meier ve tek değişkenli regresyon analizlerinde puberte durumu, kurvatür derecesi ve multiplanar deformitenin cerrahi başarı üzerine anlamlı etkisi saptanmadı.

SONUÇ

Penil plikasyon, KPK tedavisinde uzun dönem başarı ve hasta memnuniyeti açısından güvenilir bir cerrahi yöntemdir. Cerrahi başarı; puberte durumu, kurvatür şiddeti ve planar özelliklerden bağımsız görünmektedir. Bununla birlikte, postpubertal hastalarda komplikasyon ve subjektif penil kısalma algısının daha yüksek olması, ameliyat öncesi hastaların beklentileri ile ilgili bilgilendirmenin önemini göstermektedir. Çalışmamız, uygun hasta seçimiyle prepubertal dönemde uygulanan penil plikasyonun uzun dönemde etkin ve güvenli bir tedavi seçeneği olduğunu desteklemektedir.

	Prepubertal (n:25)	Postpubertal (n:27)	p değeri
Yaş (operasyon zamanı, yıl) (ortalama±SD)	6,16±2,79	21,52±5,42	<0,001[a]
Yaş (şu an) (ortalama±SD)	11,44±6,25	25,37±6,92	<0,001[a]
Kurvatür derecesi (ortalama)			
Ventral	42,5 (30-49)	45 (40-60)	0,083[b]
Lateral	45 (39-45)	32 (27-44)	0,078[b]
Kurvatür yönü, n (%)			0,710[e]
Ventral	11 (%44)	14 (%51,9)	
Dorsal	1 (%4)	2 (%7,4)	
Lateral	4 (%16)	3 (%11,1)	
Ventro-lateral	3 (%12)	5 (%18,5)	
Dorso-lateral	6 (%24)	3 (%11,1)	
Kurvatür derecesi, <60°, n (%)	19 (%76)	18 (%66,7)	0,458[d]
Kurvatür derecesi, ≥60°, n (%)	6 (%24)	9 (%33,3)	0,458[d]
Multiplanar kurvatür, n (%)	9 (%36)	8 (%29,6)	0,625[d]
Komplikasyon, n (%)	2 (%8)	11 (%40,7)	0,006[d]
Fonksiyonel sonuçlar			
Palpabl sütür varlığı	6 (%24)	21 (%77,8)	<0,001[d]
Penis boyunda kısalma, n (%)	2 (%8)	15 (%55,6)	<0,001[d]
Rezidüel kurvatür varlığı, n (%)	2 (%8)	5 (%18,5)	0,422[c]
Tedavi memnuniyet skoru, ortanca (IQR)	3 (2-3)	3 (2-3)	0,099[b]
Eğrilik çok iyi düzeldi	16 (%64)	12 (%44,4)	
Eğrilik düzeldi	9 (%36)	12 (%44,4)	
Eğrilik değişmedi	0 (%0)	3 (%11,2)	
Eğrilik daha kötü oldu	0 (%0)	0 (%0)	

IQR, çeyrekler arası fark; n, sayı; SD, standart sapma: aStudent's t-testi; bMann-Whitney U testi; cFisher Exact Testi; dPearson Ki-Kare testi; eFisher-Freeman-Halton Exact Testi

SB-110) HER 'PATLICAN DEFORMİTESİ' FRAKTÜR MÜDÜR? PENİL FRAKTÜRÜ BİREBİR TAKLİT EDEN SÜPERFİSYAL DORSAL VEN RÜPTÜRÜ

OĞUZ ÇELİK(1) TAHA CAN USKUN(1) ÖMER SALİH KÜLAK(1) ERAY DEMİRÇALI(1) AHMED MOUSA(1) MESUT BERKAN DURAN(1)

1. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Penil fraktür, acil cerrahi onarım gerektiren nadir ürolojik acillerdendir. Penis dorsal süperfisyal ven rüptürü ise klinik olarak penil fraktürü birebir taklit edebilen ve tanısal karışıklıklara yol açabilen nadir bir durumdur. Bu vaka sunumunda, radyolojik olarak penil fraktür raporlanan ancak cerrahi eksplorasyonda süperfisyal dorsal penil ven rüptürü saptanan bir olguyu literatür eşliğinde sunmak ve acil cerrahi eksplorasyonun ayırıcı tanı ve tedavideki önemini vurgulanması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

57 yaşında, ek hastalığı ve geçirilmiş cerrahi öyküsü olmayan erkek hasta,
acil servise cinsel ilişki sırasında peniste ani ağrı, sertlik kaybı ve peniste şişlik, morarma şikayetleri ile başvurdu. Anamnezinde makroskopik hematüri saptanmadı. Fizik muayenesinde peniste tipik patlıcan deformitesi (yaygın ödem ve ekimoz) izlendi. Yapılan fizik muayene ve anamnez bulguları ile Penil Doppler USG istendi.

BULGULAR

Hastanın Penil Renkli Doppler ultrasonografisinde; ileri derecede ödem ve hematoma sekonder tunika albugineanın bazı kesimlerde net değerlendirilemediği, sağ korpus kavernozum proksimal-orta kesimde tunika albugineada yaklaşık 12 mm çapında defekt olduğu raporlandı. Bu düzeyde yaklaşık 3.5 cm kalınlığa varan perialbugineal hematom izlendiği belirtildi. Penil fraktür ön tanısıyla acil operasyona alınan hastaya spinal anestezi 16F foley sonda takıldı. Penis, sirkümsizyon insizyon yapılarak deglove edildi. Katlar usulüne uygun açıldığında cilt altında yaygın hematom izlendi. Eksplorasyonda, ultrasonografi raporunun aksine her iki korpus kavernozum ve tunika albugineanın tamamen intakt olduğu görüldü ve fraktür hattı saptanmadı. Kanamanın asıl kaynağının penis süperfisyal dorsal ven rüptürü olduğu tespit edildi. Rüptüre olan ven ağzı serbestleştirilerek bağlandı. Katlar usulüne uygun olarak kapatılıp pansumanı yapılarak işleme komplikasyonsuz son verildi. Hasta stabil vitallerle uyanık olarak salonu terk etti.

SONUÇ

Cinsel ilişki sonrası peniste şişlik, ani ereksiyon kaybı ve ekimoz ile başvuran hastalarda klinik tablo tipik penil fraktürü desteklese de, ayırıcı tanıda süperfisyal dorsal ven rüptürü mutlaka akılda tutulmalıdır. Ultrasonografi, şiddetli hematom ve ödem varlığında tunika albugineadaki bütünlüğü değerlendirmede yetersiz kalabilir ve bizim olgumuzda olduğu gibi yanlış pozitif sonuçlar verebilir. Görüntüleme sonuçları ne olursa olsun, şüpheli olgularda erken cerrahi eksplorasyon hem kesin tanıyı koymakta hem de eşzamanlı tedavi sağlayarak konservatif yaklaşımın yol açabileceği potansiyel morbiditelerin (erektil disfonksiyon, penil kurvatür) önüne geçen altın standart yöntemdir.







SB-111) KADIN HASTALARDAKİ TEKRARLAYAN İDRAR YOLU ENFEKSİYONUNUN ERKEK PARTNERİN CİNSEL FONKSİYONLARI ÜZERİNE ETKİSİ

NEZİH TAMKAÇ(1) SADIK GÖRÜR(1) ESER ÖRDEK(1) FERHAT UÇURMAK(2) EREN GÜNSAY(1) BEKİR SAĞIR(1) HÜSEYİN CAN ÇAĞLAR(1) MUHAMMET ASLAN(1)

1. HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
2. HATAY EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Erkek cinsel işlev bozuklukları partner dinamiklerinden doğrudan etkilenmekte olup, kadın partnerdeki tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarının yarattığı cinsel anksiyete ve kaçınma davranışının erkek cinsel sağlığı üzerindeki klinik etkilerine dair veriler oldukça sınırlıdır. Bu çalışmada, eşinde tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu olan erkek hastaların ereksiyon ve ejakülasyon durumlarını ölçeklerle değerlendirmeyi ve bu spesifik partner faktörünün erkek cinsel sağlığı üzerindeki etkilerini karşılaştırmalı olarak incelemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya Eylül 2025 - Mayıs 2026 tarihleri arasında Mustafa Kemal Üniversitesi (MKÜ) Üroloji Polikliniğine sık tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu şikayetiyle başvuran 37 kadın hastanın eşi ile aynı tarihler arasında polikliniğimize doğrudan prematür ejakülasyon şikayetiyle başvuran ve eşinde herhangi bir ürolojik /jinekolojik hastalık öyküsü bulunmayan 39 hasta dahil edildi.
Dışlama Kriterleri:

- Diabet
- nörolojik hastalığı
- bilinen kardiyovasküler hastalığı (koroner arter hastalığı, ciddi hipertansiyon vb.)
- geçirilmiş pelvik cerrahi öyküsü olanlar
- antidepresan (SSRI) veya cinsel fonksiyonu etkileyebilecek ilaç kullananlar çalışmaya alınmadı.
- Ayrıca muayene ve tetkiklerinde aktif idrar yolu enfeksiyonu veya kronik prostatit saptanan erkek hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Değerlendirme:
Hastaların demografik verileri, yaşları, evlilik yılları ve sigara kullanım öyküleri kaydedildi. Hastalara IIEF-5(Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi) ve PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool) anketleri dolduruldu.

İstatistik:
Verilerin değerlendirilmesinde Bağımsız örneklem t-testi ve Ki-kare testi kullanıldı; $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Cinsel fonksiyon anket skorları değerlendirildiğinde; eşi sık tekrarlayan İYE geçiren erkeklerin (Grup 1) IIEF-5 skorları, PE kontrol grubuna (Grup 2) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük saptanmıştır (17.6 ± 3.2 vs 19.8 ± 2.5; $p=0.002$).
PEDT skorları ise PE kontrol grubunda, eşi İYE geçiren gruba göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (15.4 ± 2.1 vs 14.2 ± 2.6; $p=0.032$). Bununla birlikte, Grup 1'deki erkeklerin PEDT skor ortalamasının da prematür ejakülasyon için sınır değer olan 11'in üzerinde (14.2 ± 2.6) olduğu dikkat çekmiştir.

SONUÇ

Kadın partnerdeki sık tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, erkek partnerde erektil fonksiyonlarda belirgin düşüşe ve ejakülasyon kontrolünde klinik olarak anlamlı bir bozulmaya yol açmaktadır. Erkek cinsel işlev bozuklukları değerlendirilirken partnerin ürogenital sağlık durumu mutlaka göz önünde bulundurulmalı ve tedavi süreçleri çift odaklı olarak planlanmalıdır.

Parametreler	Sık İYE Geçiren Kadınların Eşleri (Grup 1, n=37)	PE Kontrol Grubu (Grup 2, n=39)	p Değeri	Yaş (Yıl) (Ort±SD)	44.8 ±5.4
45.6 ±5.1	0.509	VKE(kg/m²)(Ort±SD)	26.4±2.8	25.7±2.3	0.224
Evlilik Süresi (Yıl) Ort±SD)	15.2±4.1	14.5±3.8	0.443	Sigara Kullanımı, n (%)	20(%54.1)
22(%56.4)	0.835	IIEF-5 Skoru (Ort±SD)	17.6±3.2	19.8±2.5	0.002
PEDT Skoru(Ort±SD)	14.2±2.6	15.4±2.1	0.032		

Tablo 1: Demografik ve Klinik Verilerinin Karşılaştırılması

BULGULAR

Tablo 1: Demografik ve Klinik Verilerinin Karşılaştırılması

Parametreler	Sık İYE Geçiren Kadınların Eşleri *(Grup 1, n=37)*	PE Kontrol Grubu *(Grup 2, n=39)*	*p* Değeri
Yaş (Yıl) *(Ort±SD)*	44.8 ±5.4	45.6 ±5.1	0.509
VKE(kg/m²)*(Ort±SD)*	26.4±2.8	25.7±2.3	0.224
Evlilik Süresi (Yıl) *Ort±SD)*	15.2±4.1	14.5±3.8	0.443
Sigara Kullanımı, *n (%)*	20(%54.1)	22(%56.4)	0.835
IIEF-5 Skoru *(Ort±SD)*	17.6±3.2	19.8±2.5	**0.002**
PEDT Skoru*(Ort±SD)*	14.2±2.6	15.4±2.1	0.032

SB-112) PENİL FRAKTÜR LİTERATÜRÜNÜN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ: KÜRESEL EĞİLİMLER VE ARAŞTIRMA ODAKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

HAYDAR GÜLER(1) SALİM KÜÇÜKPOLAT(1) MURAT KURU(1)

1. KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Penil fraktür, erekte penisin tunika albugineasının yırtılmasıyla karakterize nadir ancak önemli bir ürolojik acildir. Son yıllarda bu alandaki yayın sayısında belirgin bir artış gözlenmesine rağmen, literatürün gelişimi, araştırma eğilimleri ve uluslararası iş birliği ağları kapsamlı olarak değerlendirilmemiştir. Bu çalışmada penil fraktür literatürünün bibliyometrik yöntemlerle analiz edilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Penil fraktür ile ilişkili yayınlar Scopus veri tabanından tarandı. Yayın yılı, anahtar kelimeler ve ülke bilgileri dahil olmak üzere bibliyografik veriler elde edildi. Yayın eğilimleri yıllara göre değerlendirildi. Araştırma odakları, anahtar kelime eş-oluşum (co-occurrence) analizi ve zaman içindeki değişimleri gösteren overlay görselleştirmeleri ile incelendi. Uluslararası iş birliği ağları VOSviewer yazılımı kullanılarak oluşturuldu.

BULGULAR

Toplam 644 yayın analize dahil edildi. Penil fraktür literatüründe yayın sayısının özellikle 2000'li yıllardan sonra belirgin şekilde arttığı ve son on yılda en yüksek seviyelere ulaştığı görüldü.

Anahtar kelime eş-oluşum analizi, araştırmaların başlıca dört tema etrafında yoğunlaştığını gösterdi: akut yaralanmanın tanı ve tedavisi, üretral yaralanmalar ve rekonstrüksiyon, görüntüleme yöntemleri ile uzun dönem fonksiyonel sonuçlar. En sık kullanılan anahtar kelimeler arasında "erectile dysfunction", "trauma", "urethral injury" ve "surgical repair" yer aldı.

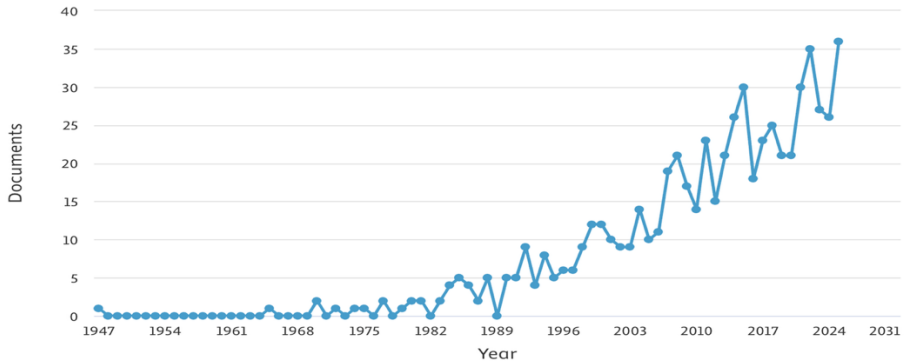
Zamansal analiz, erken dönem çalışmaların ağırlıklı olarak yaralanmanın tanımlanması ve cerrahi onarım üzerine odaklandığını, son yıllarda ise erektil disfonksiyon, üretral rekonstrüksiyon, üretroplasti ve ileri görüntüleme yöntemleri (manyetik rezonans görüntüleme ve ultrasonografi) gibi konuların ön plana çıktığını ortaya koydu.

Ülkeler arası iş birliği analizinde Amerika Birleşik Devletleri en merkezi ve üretken ülke olarak saptandı. Türkiye, Birleşik Krallık, İtalya, Hindistan ve Çin'in de önemli araştırma merkezleri ve iş birliği ortakları olduğu görüldü.

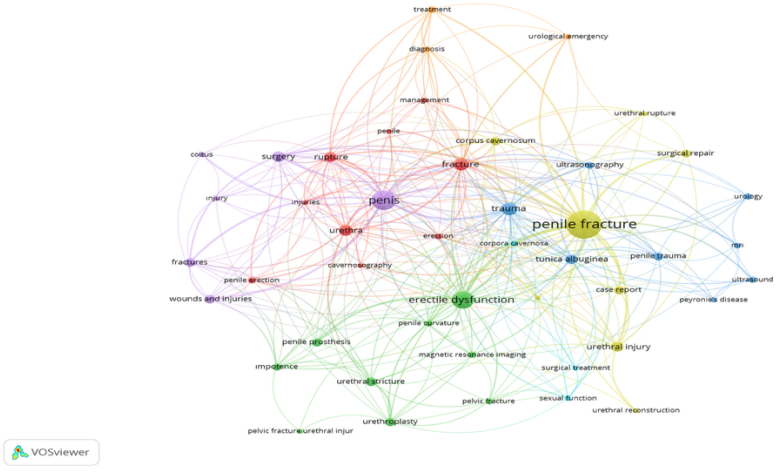
SONUÇ

Penil fraktür literatürü son yıllarda önemli ölçüde büyüme göstermiştir. Güncel araştırmalar giderek fonksiyonel sonuçlar, rekonstrüktif cerrahi ve ileri görüntüleme yöntemlerine yönelmektedir. Amerika Birleşik Devletleri bu alandaki en etkili araştırma merkezi olmaya devam ederken, Türkiye de uluslararası iş birliği ağlarında önemli bir konuma sahiptir. Bu çalışma, penil fraktür araştırmalarının gelişimini ve gelecekteki yönelimlerini ortaya koymaktadır.

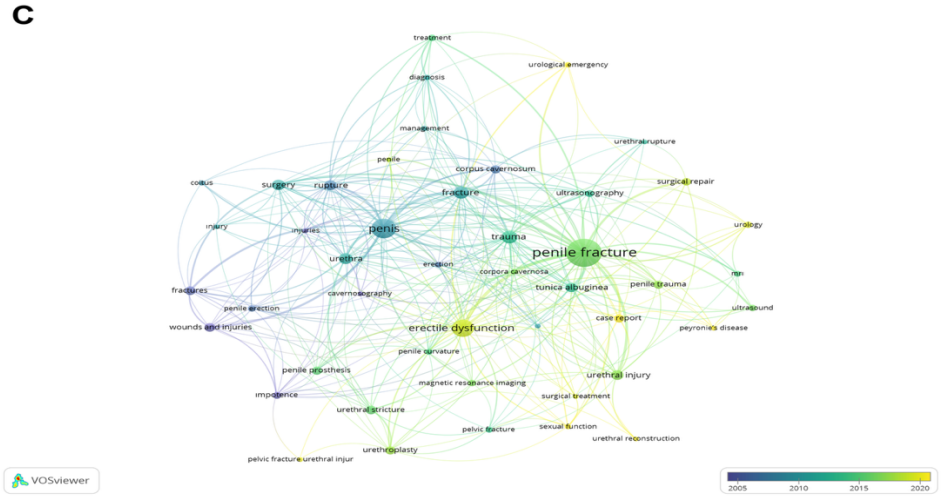
A uments by year



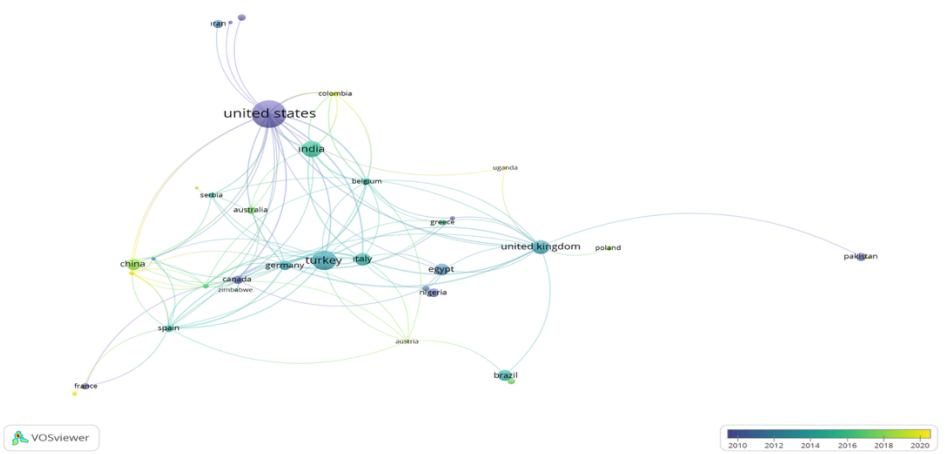
B



C



D



SB-113) İDİYOPATİK ERKEK İNFERTİLİTESİNDE OKSİDASYON-REDÜKSİYON POTANSİYELİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: PROSPEKTİF KONTROLLÜ ÇALIŞMA

HAKAN KESKİN(1) NESLIHAN COŞKUN AKÇAY(2) AHMET ASCI(3) EMRE ALBAYRAK(4) GONCA ÖZTEN DERE(2) ALİ CAN GÜNEŞ(2) AHMET GUDELOGLU(2) MESUT ALTAN(2)

1. GIRESUN ESPIYE DEVLET HASTANESİ
2. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
3. BESNİ DEVLET HASTANESİ
4. ciglı egıtım ve arastırma hastanesı

AMAÇ

İdiyopatik normozoospermik erkek infertilitesi olan bireyler ile fertil kontrollerin konvansiyonel semen parametrelerini ve seminal oksidasyon-redüksiyon potansiyelini (ORP) karşılaştırmak.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu prospektif kontrollü pilot çalışmaya 2023-2025 yılları arasında androloji polikliniğinde değerlendirilen 12 idiyopatik infertil erkek ve son bir yıl içinde doğal yolla çocuk sahibi olmuş 21 fertil kontrol dahil edildi. Semen analizi Dünya Sağlık Örgütü laboratuvar kılavuzlarına uygun olarak gerçekleştirildi. Likefiye semen örneklerinde MiOXSYS® sistemiyle statik ORP ölçüldü ve sperm konsantrasyonuna göre normalize ORP hesaplandı. Sürekli değişkenler ortanca olarak sunuldu ve gruplar Mann-Whitney U testiyle karşılaştırıldı.

BULGULAR

Yaş açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı (p=0,056). Semen volümü infertil grupta daha yüksek (3,50 [2,75-4,00] mL ve 2,00 [1,50-3,00] mL; p=0,017), yuvarlak hücre düzeyi ise daha düşük bulundu (0,30 [0,28-0,33] ve 0,60 [0,40-1,00]; p=0,006). Sperm konsantrasyonu, total motilite, progresif motilite ve normal morfoloji bakımından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Statik ORP infertil grupta 33,50 [21,20-47,55] mV, fertil kontrol grubunda 26,40 [18,80-41,20] mV idi (p=0,383). Normalize ORP değerleri sırasıyla 0,74 [0,49-1,26] ve 0,52 [0,30-1,04] mV/106 sperm/mL olarak bulundu (p=0,331).

SONUÇ

İdiyopatik normozoospermik infertil erkeklerde statik ve normalize ORP değerleri fertil kontrollere göre sayısal olarak daha yüksek olmakla birlikte, bu çalışmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterilemedi.

SB-114) RİSK OF TERATOZOOSPERMİA ASSOCİATED WİTH CHRONİC UROGENİTAL INFECTİONS AMONG KHAT USERS

ABDİKARİM HUSSEİN MOHAMED(1)

1. kaafi hospital

AMAÇ

Abnormal sperm morphology (teratozoospermia) is commonly associated with male infertility, but the combined effect of khat chewing and chronic urogenital infections has not been well studied in Somalia Objective: To investigate the effect of khat use and chronic urogenital infections both individually and together on the occurrence of teratozoospermia among men attending urology clinics in Somalia.

GEREÇ-YÖNTEM

In this multicenter cross-sectional study, A total of 287 men receiving urological care in Somalia were evaluated. The study population consisted of 144 khat users and 143 non-khat users. Participants were divided based on khat use and chronic urogenital infection status. Semen parameters were assessed using WHO criteria, while univariate and multivariate logistic regression analyses were used to examine the association between study variables and teratozoospermia.

BULGULAR

Overall, 42.9% of the study population had teratozoospermia. The highest prevalence was found among khat users with chronic urogenital infections (36.6%), whereas lower rates were observed in khat users without infection (13.8%) and non-khat users without infection (15.4%). Significant differences were seen in sperm morphology and sperm concentration between groups ($p < 0.001$ and $p = 0.003$, respectively). After adjustment for relevant clinical variables, chronic urogenital infection remained significantly associated with teratozoospermia among non-khat users (aOR 2.32, 95% CI: 1.13–4.79, $p = 0.022$). The association was stronger in khat users with chronic urogenital infections (aOR 3.88, 95% CI: 1.84–8.18, $p < 0.001$). A significant interaction between khat use and chronic urogenital infection was also observed (OR 2.97, 95% CI: 1.65–5.37, $p < 0.001$).

SONUÇ

Chronic urogenital infections were significantly associated with teratozoospermia particularly among khat users. Men with both khat exposure and chronic urogenital infections showed the highest risk of abnormal sperm morphology. These findings highlight the possible combined effect of khat use and chronic urogenital infections on male reproductive health. Routine evaluation for chronic urogenital infections and counseling regarding khat use may be beneficial during infertility assessment in Somalia.

SB-115) BESLENME DURUMU EREKTİL SAĞLIĞIN ANAHTARI OLABİLİR Mİ? GERİATRİK NÜTRİSYONEL RİSK İNDEKSİ İLE EREKTİL DİSFONKSİYON ARASINDAKİ İLİŞKİ

MELİH ŞENKOL(1) KUTAY TOPAL(2)

1. TUNCELİ DEVLET HASTANESİ
2. AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ

AMAÇ

ED için erken risk belirteçlerinin tanımlanması klinik açıdan önemlidir. Yaşlı bireylerde sık görülen beslenme yetersizliğinin değerlendirilmesinde pratik ve objektif bir araç olan Geriatrik Nütrisyonel Risk İndeksi (GNRI), kronik hastalıklarda prognostik değer göstermiştir; ancak ED ile ilişkisi yeterince incelenmemiştir. Çalışmada, yaşlı erkeklerde GNRI ile erektil disfonksiyon riski arasındaki ilişki araştırılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Araştırmaya, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hastanesi Üroloji Polikliniği'ne başvuran ve 50 yaş üzeri 72 erkek hasta dahil edilmiştir. Dahil edilme kriterleri arasında erektil disfonksiyona yol açabilecek ek komorbiditelerin bulunmaması yer almaktadır. Geriatrik Nütrisyonel Risk İndeksi (GNRI), (1,489 × serum albümin [g/L]) + [41,7 × (mevcut vücut ağırlığı / ideal vücut ağırlığı)] formülüyle hesaplanmıştır. Veriler GNRI ile ED arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla analiz edilmiştir.

BULGULAR

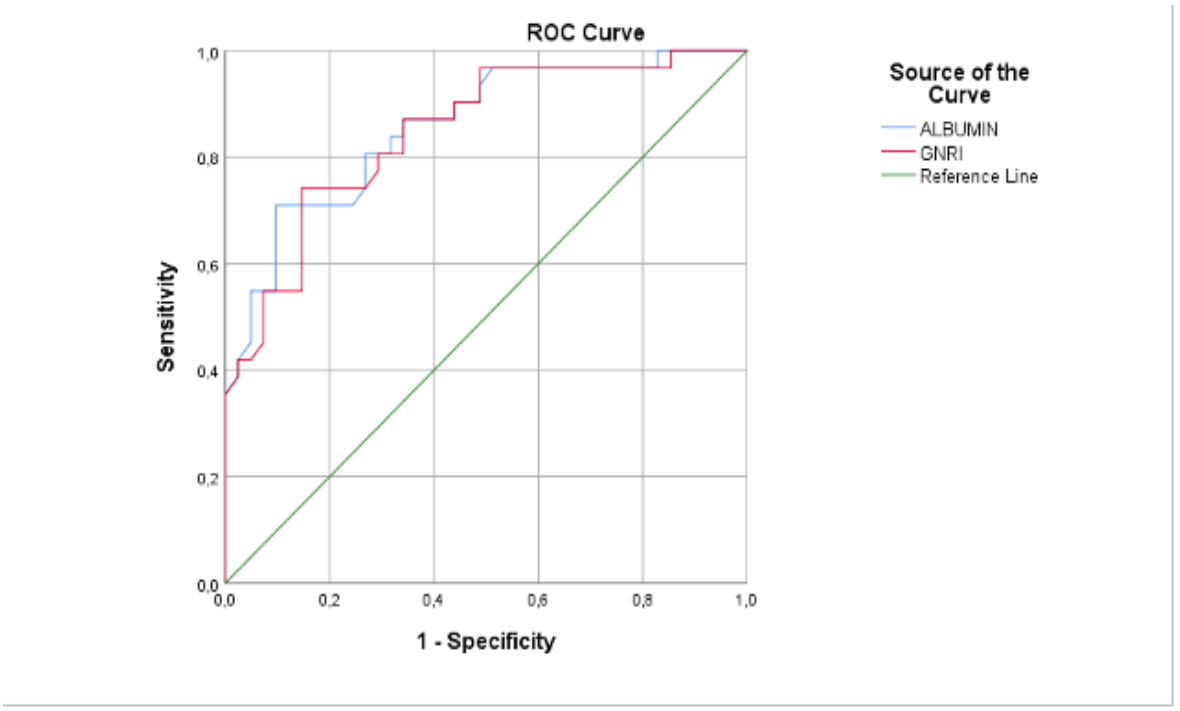
Çalışmada değerlendirilen hastalar, ED tarifleyen ve tariflemeyen hastalar olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların yaş, kilo ve BMI ortalamaları arasında da anlamlı fark olmadığı görüldü. ED tariflemeyen hasta grubunda serum albümin ve GNRI düzeyleri, ED tarifleyen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek izlendi ($p < 0.001$, $p < 0.001$) (Tablo 1).ROC analiziyle yapılan değerlendirme sonucunda; albümin ve GNRI düzeylerinin ED durumunu öngörmede tanısal değeri olduğu görüldü (AUC:0.858(95% CI: 0.771-0.944), $p < 0.001$; AUC: 0.848 (95% CI: 0.758-0.937), $p < 0.001$) (Şekil 1). Albümin düzeyi için 4.40 (g/dL) ve GNRI değeri için 106.95 ED durumunu öngörmede sınır değer olarak belirlendi (Tablo 2).

SONUÇ

Düşük GNRI ve albümin değerleri, ED riskinin artışıyla ilişkilidir ve iyi beslenme durumu ED'ye karşı koruyucu etki göstermektedir. Bulgular, beslenme yetersizliklerinin endotel fonksiyonu, inflamatuar yanıtlar ve oksidatif stres yoluyla ED gelişiminde rol oynayabileceğini desteklemektedir. GNRI, serum albümin ve vücut ağırlığı gibi çok boyutlu parametreleri birleştirerek beslenme durumunu objektif olarak değerlendirmekte ve ED riskinin öngörülmesinde potansiyel klinik araç olarak önem kazanmaktadır. Bu sonuçlar, yaşlı popülasyonda beslenme durumunun sadece genel sağlık ve metabolik riskler açısından değil, aynı zamanda cinsel sağlık ve yaşam kalitesi üzerinde de önemli etkiler yaratabileceğini vurgulamaktadır.

-	ED Yok (n=41) Ort±SS	ED Var (n=31) Ort±SS	p değeri
Yaş (Yıl)	58.98±6.27	61.81±6.61	0.068*
Boy (m)	1.74±0.63	1.70±0.71	0.011*
Kilo (kg)	82.73±12.22	81.39±13.51	0.660*
BMI (kg/m²)	27.15±3.75	28.11±4.61	0.333*
Albümin (g/dL)	4.59±0.25	4.09±0.39	<0.001*
GNRI	109.89±3.99	102.42±6.20	<0.001*

ED tarifleyen ve tariflemeyen hastaların, demografik ve klinik verilerinin karşılaştırılması.



Şekil 1. ED durumunu öngörmede Albümin ve GNRI düzeylerine ait ROC analizi.

Tablo 2. ED durumunu öngörmede Albümin ve GNRI düzeyleri için optimize edilmiş kesme noktalarına göre ROC eğrisi altındaki alanların (AUC) duyarlılık ve özgüllüğü.

Risk faktörü	AUC (95% CI)	Cut-off	p	Sensitivite (%)	Spesifite (%)
Albümin (g/dL)	0.858 (0.771-0.944)	4.40	<0.001	74.2	73.2
GNRI	0.848 (0.758-0.937)	106.95	<0.001	74.2	73.2

(ROC: receiver operator characteristic, AUC: Areas under the ROC, CI: Confidence interval)

SB-116) YAPILANDIRILMIŞ AİLE PLANLAMASI DANIŞMANLIĞININ KORUNMA YÖNTEMİ KULLANAN ÇİFTLERİN VAZEKTOMİYE YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE KABUL DÜZEYLERİNE ETKİSİ

ARİF MEHMET DURAN(1) HAKAN ŞIĞVA(1) MEHMET SEVİM(1) BERAT DENİZ(1) KADİR KÖRPE(1) OKTAY KARAKOÇ(1) VEDAT ARSLAN(1)

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Van

AMAÇ

Vazektomi, etkinliği yüksek kalıcı bir kontrasepsiyon yöntemi olmasına rağmen toplumda yeterince bilinmemekte ve yanlış inanışlar nedeniyle düşük oranda kabul görmektedir. Bu çalışmada, korunma yöntemi kullanan çiftlere verilen yapılandırılmış danışmanlığın vazektomiye yönelik bilgi, tutum ve kabul düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu prospektif, tek gruplu, ön test–son test çalışmaya 30 çift olmak üzere toplam 60 katılımcı dahil edildi. Vazektomi bilgi düzeyi, doğru–yanlış–bilmiyorum şeklinde yanıtlanan 15 soruyla değerlendirildi. Her doğru yanıt 1 puan, yanlış ve bilmiyorum yanıtları 0 puan kabul edilerek 0–15 arasında toplam bilgi puanı hesaplandı. Tutum düzeyi, 10 maddelik beşli Likert tipi değerlendirme formuyla ölçüldü. Olumsuz ifadeler ters puanlanarak 10–50 arasında toplam tutum puanı elde edildi. Ön test sonrasında tüm katılımcılara yaklaşık 15 dakika süren, standartlaş sözel danışmanlık verildi. Danışmanlık sonrasında değerlendirmeler tekrarlandı. Puanların karşılaştırılmasında Wilcoxon işaretli sıralar testi, üç kategorili vazektomiyi düşünme yanıtlarının karşılaştırılmasında Stuart–Maxwell testi kullanıldı. $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya 30 kadın ve 30 erkek dahil edildi. Erkeklerin ortalama yaşı 39,1±6,7, kadınların 34,8±6,1 yıl olup çiftlerin medyan çocuk sayısı 3 (2–4) idi. En sık kullanılan kontraseptif yöntemler kondom (%33,3), rahim içi araç (%26,7) ve geri çekme yöntemiydi (%23,3). Medyan bilgi puanı danışmanlık öncesi 4 (2–6) iken danışmanlık sonrasında 10'a (8–12) yükseldi ($p<0,001$). Bilgi artışı özellikle vazektominin testislerin alınması anlamına gelmediği, erkeklik hormonunu ve sertleşme işlevini olumsuz etkilemediği, işlem sonrasında meninin gelmeye devam ettiği ve işlem başarısının semen analiziyle doğrulanması gerektiğine ilişkin maddelerde belirgindi. Medyan tutum puanı 27'den (23–31) 33'e (29–37) yükseldi ($p<0,001$). Danışmanlık öncesinde katılımcıların 2'si (%3,3) vazektomiyi düşünebileceğini, 22'si (%36,7) düşünmediğini ve 36'sı (%60,0) kararsız olduğunu belirtti. Danışmanlık sonrasında bu dağılım sırasıyla 5 (%8,3), 18 (%30,0) ve 37 (%61,7) oldu. Vazektomiyi düşünme durumundaki değişim istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,101$).

SONUÇ

Yapılandırılmış aile planlaması danışmanlığı, vazektomiye ilişkin bilgi düzeyini artırmış ve tutumu olumlu yönde değiştirmiştir. Bununla birlikte, vazektomiyi düşünme oranı düşük kalmış ve katılımcıların çoğu kararsızlığını sürdürmüştür. Tek oturumluk danışmanlığın bilgi eksikliğini azaltmasına karşın kısa dönemde kabul eğilimi oluşturmak için yeterli olmayabileceği düşünüldü. Daha geniş örneklemli, kontrollü ve uzun dönemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

SB-117) MESANEDE PENİL PROTEZ REZARVUARI OLGUSU VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

HASAN ANIL KURT(1) CABİR ALAN(1) MAHMUT SEYFİOĞLU(1) YUSUF ÜR(1) SERHAT ANUK(1)

1. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Üretra ve mesaneden günümüze kadar çok farklı türden yabancı cisim çıkartılmıştır. Bunların çoğu iyatrojenik, komşu organ vedokulardan migrasyon ve hastanın kendi kendine yerleştirmesi gibi nedenlere bağlıdır. Literatüre bakıldığında mesanedenelektrik teli, saç tokası, gazlı bez parçaları, pil gibi birçok yabancı cismin çıkarıldığı rapor edilmiştir. Bu olgu sunumunda nadirengörülen mesaneden penil protez rezervuarı çıkarılması vakasını sunacağız.

GEREÇ-YÖNTEM

60 yaşında bilinen erkek hasta polikliniğimize dizüri, suprapubik ağrı ve hematüri yakınmaları ile başvurdu. 10 yıl önce dışmerkezde 3 parçalı penil protez implantasyonu gerçekleştirilmiş olup operasyondan 3 yıl sonra enfeksiyon nedeniyle 3 parçalıpenil protezin alındığı ve bu operasyondan 6 ay sonra tek parçalı penil protez implantasyonu gerçekleştirilmiş olduğu öğrenildi.Fizik muayenede batın sağ alt kadranda hassasiyeti vardı. Ultrasonunda mesane arka duvarda 4x3 cm boyutlarında kitle tespitedilmiştir.

BULGULAR

Hastaya sistoskopi planlandı. Mesanede penil protez rezervuarı görüldü. Mesane onarımı ve yabancı cisim alınmak üzeresuprapubik vertikal insizyon yapıldı. Mesane vertikal insize edildi. Mesanedeki penil protez rezervuarı çıkartırıldı. Mesanede başkayabancı cisme rastlanmadı. Mesane anterior duvarı 2 kat olmak üzere sütüre edilerek mesane bütünlüğü sağlandı. Kanamakontrolünün ardından katlar anatomik planda kapatılarak işleme son verildi. Hastanın postoperatif dönem takiplerinde herhangibir komplikasyon, vital parametrelerinde ve laboratuar bulgularında bozukluk saptanmadı.

SONUÇ

Yabancı cisimlerin tespitinde hastaların başvuru şikâyetleri; idrar retansiyonu, dizüri, az idrara çıkma, noktüri,hematüri, ağrısayılabilir. Direk üriner sistem grafisi, ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi gibi görüntüleme yöntemleri önemli bir yeresahiptir.3 parçalı penil protez tasarımında zamanla yapılan geliştirmeler komplikasyonların görülme sıklığını azaltmıştır, ancakmekanik başarısızlık ve enfeksiyon seyrekte olsa sorun yaratmaya devam etmektedir. Bizim sunduğumuz olguda rezervuarınmesanede erozyon oluşturup oluşturmadığından ya da iatrojenik yerleştirildiğinden emin değiliz. Literatürde geçirilmiş batıncerrahisinin mesanede erozyon riskini arttırabileceği öne sürülmüştür. Ancak sunduğumuz olguda geçirilmiş batın cerrahisiöyküsü yoktur. Rezervuarın mesaneye yanlış yerleştirilmesi olasılığı veriler ışığında dışlanamaz. Ancak ilk ameliyattan sonrahastanın herhangi bir şikâyeti tariflememiş olması bu olasılığı azaltmaktadır. Protez rezervuarının mesaneye aşındırdığını ya dayanlış yerleştirildiğini öngöremeyiz. Ancak her iki olasılığında literatürde nadir olduğu görülmektedir. Ayrıca kalan rezervuarlarlailişkili komplikasyonlar nadir olmakla birlikte, mümkünse tüm bileşenlerin çıkarılması gerektiğine inanıyoruz. Mesane içi yabancıcisimler ürolojide nadiren de olsa karşılaşılan sorunlardan biridir. Mesane içi yabancı cisim şüphesinde doğru anamnez ve hızlıtanıya ulaşmak esastır. Dizüri, hematüri, suprapubik hassasiyet yakınması ile gelen 3 parçalı penil protez implantasyon öyküsüolan kişilerde mesane içi yabancı cisim de ayırıcı tanılar arasında düşünülmelidir.






DEAY
50
40
30
20
10

SB-118) İSKEMİK PRİAPİZM OLGULARINDA EREKTİL DİSFONKSİYON GELİŞİMİNİ ÖNGÖRMEDE BAŞVURUYA KADAR GEÇEN SÜRENİN ROLÜ: İKİ MERKEZLİ RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

BURAK SAĞMAK(1) ÜMİT UYSAL(1) MUSTAFA FURKAN ÖZOVA(1) MEHMET EFLATUN DENİZ(2)

1. ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. ADANA DR.TURGUT NOYAN UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AMAÇ

Priapizm, özellikle tedavide gecikme olması durumunda kavernozal doku hasarı ve kalıcı erektil disfonksiyon ile sonuçlanabilen ürolojik bir acildir. Bu çalışmada, priapizm nedeniyle başvuran hastalarda başvuruya kadar geçen sürenin priapizm sonrası erektil disfonksiyon gelişimini öngörmedeki değerinin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2015–Aralık 2025 tarihleri arasında iki merkezde priapizm tanısıyla değerlendirilen toplam 64 hasta retrospektif olarak incelendi. İskemik ve stuttering priapizm olguları çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, priapizm tipi, başvuruya kadar geçen süre, korporal kan gazı parametreleri, uygulanan tedavi yöntemi ve takipte gelişen erektil disfonksiyon durumu kaydedildi. Hastalar priapizm sonrası erektil disfonksiyon gelişimine göre iki gruba ayrıldı. Başvuruya kadar geçen sürenin erektil disfonksiyonu öngörmedeki performansı ROC analizi ile değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 64 hastanın 59'u iskemik priapizm, 5'i stuttering priapizm olgusuydu. Takipte 40 hastada erektil disfonksiyon gelişirken, 24 hastada erektil fonksiyon korunmuştu. Erektil disfonksiyon gelişen grupta başvuruya kadar geçen süre, erektil disfonksiyon gelişmeyen gruba göre anlamlı olarak daha uzundu (36.10 ± 20.79 saat ve 7.63 ± 4.04 saat; $p<0.001$). ROC analizinde başvuruya kadar geçen sürenin erektil disfonksiyon gelişimini öngörmede AUC değeri 0.842 olarak saptandı. Optimal eşik değer 17 saat olarak belirlendi. Bu eşik değer için sensitivite %87.5, spesifite %95.8, pozitif prediktif değer %97.2 ve negatif prediktif değer %82.1 olarak hesaplandı.

SONUÇ

Priapizmde başvuruya kadar geçen süre, priapizm sonrası erektil disfonksiyon gelişimi ile güçlü şekilde ilişkilidir. Çalışmamızda 17 saatlik eşik değerin yüksek özgüllükle erektil disfonksiyon riskini öngörebildiği gösterilmiştir. Bu bulgu, priapizm olgularında erken başvurunun ve erken müdahalenin erektil fonksiyonun korunması açısından kritik öneme sahip olduğunu desteklemektedir.

SB-119) BİPOLAR TUR-P YAPILAN HASTALARDA PREOPERATİF DUTASTERİDE KULLANIMININ FONKSİYONEL SONUÇLARA VE AMELİYAT SÜRELERİNE ETKİSİ

ARDA BERKAY ESKİCİ(1) MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) MEHMED EMİN KAYACAN(1) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Benign prostat hiperplazisi (BPH) nedeniyle cerrahi planlanan hastalarda preoperatif 5-alfa redüktaz inhibitörü kullanımının cerrahi ve fonksiyonel sonuçlar üzerindeki etkisi literatürde halen tartışmalıdır. Bu çalışmada, bipolar transüretral prostat rezeksiyonu (B-TURP) uygulanan hastalarda preoperatif kronik dutasterid kullanımının ameliyat süresi ve üroflowmetrik parametrelerdeki değişim (Delta Qmax, Delta Qavg, Delta PVR) üzerine etkisini, prostat hacmine göre oluşturulan alt gruplarda ve eğilim skoru eşleştirmesi (propensity score matching) yöntemiyle incelemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda Mayıs 2021 - Mayıs 2026 tarihleri arasında B-TURP uygulanan, mesane taşı saptanmayan ve patoloji sonucu BPH veya kronik prostatit olarak raporlanan 768 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Preoperatif dönemde dutasterid kullandığı saptanan 77 hasta belirlendi. Gruplar arası homojeniteyi sağlamak amacıyla prostat hacmi, yaş ve VKİ değişkenlerine göre 1:1 eğilim skoru eşleştirmesi (propensity score matching) yapılarak toplam 154 hasta çalışmaya dahil edildi. İntraoperatif (mesane rüptürü, n=1) ve postoperatif uzun dönem komplikasyon (üretral darlık ve inkontinans, n=8) gelişen 9 hasta analiz dışı bırakıldı. Hastalar tüm kohort genelinde ve prostat hacmine göre üç alt grupta (30-60 cc, 60-90 cc, >90 cc) ameliyat süresi ve fonksiyonel parametre değişimleri açısından karşılaştırıldı. İstatistiksel analizlerde non-parametrik testler kullanıldı.

BULGULAR

Tüm kohort (n=154) genelinde değerlendirildiğinde, dutasterid (+) ve (-) grupları arasında ameliyat süresi, Delta Qmax, Delta Qavg ve Delta PVR açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Prostat hacmine göre yapılan alt grup analizlerinde, 30-60 cc'lik grupta dutasterid (-) hastalarında Delta Qmax (7 ml/sn'ye karşı 2 ml/sn, p=0,006) ve Delta Qavg (4 ml/sn'ye karşı 1 ml/sn, p=0,018) kazanımları dutasterid (+) grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunurken, ameliyat süreleri açısından fark izlenmedi (p=0,147). 60-90 cc'lik alt grupta ameliyat süresi ve fonksiyonel parametreler açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). 90 cc üzerindeki alt grupta, dutasterid (+) grubunda ortanca ameliyat süresi daha kısa olmakla birlikte (75 dk'ya karşı 90 dk) bu fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (p=0,621); fonksiyonel parametrelerde de gruplar arası benzer sonuçlar elde edildi.

SONUÇ

Çalışmamızın sonuçları, preoperatif dutasterid kullanımının B-TURP sonrası genel fonksiyonel başarıyı olumsuz etkilemediğini göstermektedir. Ancak 30-60 cc gibi küçük-orta hacimli prostatlarda, preoperatif dutasterid kullanmayan hastalarda postoperatif akım hızı kazanımları (Delta Qmax ve Delta Qavg) anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Bu bulgu, küçük hacimli prostatlarda obstrüksiyonun glandüler komponentten ziyade dinamik/fibrotik komponent ağırlıklı olması ve kronik 5-ARİ kullanımının doku rezeksiyon düzlemlerini değiştirebilmesi ile ilişkili olabilir. Öte yandan, 90 cc üzerindeki büyük hacimli prostatlarda dutasterid kullanımının ameliyat sürelerini kısaltma eğiliminde olduğu gözlenmiş olup, büyük hacimli olgularda preoperatif tedavinin cerrahi konfor ve süre açısından avantaj sağlayabileceği akılda tutulmalıdır.

Tüm Kohort (n=154)	Dutasterid (+) (n=77)	Dutasterid (-) (n=77)	p
Ameliyat süresi, dk, ortanca (min-max)	60 (30-150)	60 (25-150)	0,409
Delta Qmax, ml/sn, ortanca (min-max)	4 (7-39)	5 (4-40)	0,469
Delta Qavg, ml/sn, ortanca (min-max)	3 (4-25)	3 (6-22)	0,859
Delta PVR, ml, ortanca (min-max)	-45 (-425-150)	-47 (-580-230)	0,955
30-60 cc PV (n=55)	Dutasterid (+) (n=30)	Dutasterid (-) (n=25)	p
Ameliyat süresi, dk, ortanca (min-max)	60 (30-90)	45 (25-90)	0,147
Delta Qmax, ml/sn, ortanca (min-max)	2 (7-17)	7 (1-40)	0,006
Delta Qavg, ml/sn, ortanca (min-max)	1 (4-8)	4 (0-22)	0,018
Delta PVR, ml, ortanca (min-max)	-5 (-255-150)	-8 (-580-230)	0,754
60-90 cc PV (n=47)	Dutasterid (+) (n=21)	Dutasterid (-) (n=26)	p
Ameliyat süresi, dk, ortanca (min-max)	65 (45-120)	60 (30-90	0,218
Delta Qmax, ml/sn, ortanca (min-max)	5 (3-21)	4,5 (1-23)	0,533
Delta Qavg, ml/sn, ortanca (min-max)	3 (1-11)	2 (1-17)	0,217
Delta PVR, ml, ortanca (min-max)	-100 (-425-100)	-47 (-415-140)	0,507
90 cc üzeri PV (n=52)	Dutasterid (+) (n=27)	Dutasterid (-) (n=25)	p
Ameliyat süresi, dk, ortanca (min-max)	75 (60-150)	90 (45-150)	0,621
Delta Qmax, ml/sn, ortanca (min-max)	6 (0-39)	5 (0-19)	0,706
Delta Qavg, ml/sn, ortanca (min-max)	4 (0-25)	4 (0-11)	0,502
Delta PVR, ml, ortanca (min-max)	-60 (-405-40)	-60 (-385-60)	0,741

Ameliyat süresi, Delta Qmax, Delta Qavg ve Delta PVR karşılaştırmasıTüm Kohort (n=154)

Tablo 1: Ameliyat süresi, Delta Qmax, Delta Qavg ve Delta PVR karşılaştırması

Tüm Kohort (n=154)	Dutasterid (+) (n=77)	Dutasterid (-) (n=77)	p
Ameliyat süresi dk ortanca (min,max)	60 (30,150)	60 (25,150)	0.409
DeltaQmax ml/sn ortanca (min,max)	4 (7,39)	5 (4,40)	0.469
DeltaQavgml/sn ortanca (min,max)	3 (4,25)	3 (6,22)	0.859
DeltaQavgml/sn ortanca (min,max)	-45 (-425,150)	-47 (-580,230)	0.955

30-60 cc PV (n=55)	Dutasterid (+) (n=30)	Dutasterid (-) (n=25)	p
Ameliyat süresi dk ortanca (min,max)	60 (30,90)	45 (25,90)	0.147
DeltaQmax ml/sn ortanca (min,max)	2 (7,17)	7 (1,40)	0.006
DeltaQavg ml/sn ortanca (min,max)	1 (4,8)	4 (0,22)	0.018
DeltaQavg ml/sn ortanca (min,max)	-5 (-255,150)	-8 (-580,230)	0.754

60-90 cc PV (n=47)	Dutasterid (+) (n=21)	Dutasterid (-) (n=26)	p
Ameliyat süresi dk ortanca (min,max)	65 (45,120)	60 (30,90)	0.218
DeltaQmax ml/sn ortanca (min,max)	5 (3,21)	4,5 (1,23)	0.533
DeltaQavg ml/sn ortanca (min,max)	3 (1,11)	2 (1,17)	0.217
DeltaQavg ml/sn ortanca (min,max)	-100 (-425,100)	-47 (-415,140)	0.507

90 cc üzeri PV (n=52)	Dutasterid (+) (n=27)	Dutasterid (-) (n=25)	p
Ameliyat süresi dk ortanca (min,max)	75 (60,150)	90 (45,150)	0.621
DeltaQmax ml/sn ortanca (min,max)	6 (0,39)	5 (0,19)	0.706
DeltaQavg ml/sn ortanca (min,max)	4 (0,25)	4 (0,11)	0.502
DeltaQavg ml/sn ortanca (min,max)	-60 (-405,40)	-60 (-385,60)	0.741

SB-120) 2–3 CM BÖBREK TAŞLARININ TEDAVİSİNDE YÜKSEK GÜÇLÜ HOLMİUM LAZER İLE FLEKSİBL ÜRETERORENOSKOPİ VE YÖNLENDİRİLEBİLİR ASPİRASYONLU ERİŞİM KILIFININ MİNİ-PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI: PROSPEKTİF KOHORT ÇALIŞMASI

MUZAFFER TANSEL KILINÇ(1) YUNUS EMRE GÖGER(2) ÖMER FARUK ÇAVDAR(2) HAKAN HAKKI TAŞKAPU(2) MEHMET SERKAN ÖZKENT(1)

1. Konya Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Konya
2. Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Konya

AMAÇ

Bu prospektif kontrollü kohort çalışmasında, 2–3 cm böbrek taşlarının tedavisinde yüksek güçlü Holmium lazer ve yönlendirilebilir aspirasyonlu fleksibl erişim kılıfı (FANS) kullanılan retrograd intrarenal cerrahinin (RIRC) etkinlik ve güvenilirliğinin mini-perkütan nefrolitotomi (mini-PCNL) ile karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Haziran 2022-Haziran 2024 tarihleri arasında çapı 2–3 cm olan böbrek taşı bulunan, 18 yaş ve üzerindeki 60 hasta prospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Çalışma öncesinde etik kurul onayı alınmıştır (Necmettin Erbakan Üniversitesi Klinik Araştırma Etik Kurulu, No: 2022/821). Hastalar tedavi tercihlerine göre RIRC (Grup 1) ve mini-PCNL (Grup 2) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Hastaların demografik özellikleri, preoperatif kreatinin ve hemoglobin düzeyleri kaydedildi. Taşa ait özellikler preoperatif bilgisayarlı tomografi ile değerlendirildi. Postoperatif birinci günde kreatinin ve hemoglobin düzeyleri ölçüldü. Taşsızlık oranı (SFR) postoperatif birinci gün ve birinci ayda değerlendirildi. Hastanede kalış süresi ve komplikasyonlar karşılaştırıldı.

BULGULAR

Gruplar yaş (53,2±13,1 vs 52,4±14,7 yıl), cinsiyet, vücut kitle indeksi, komorbiditeler, ASA skoru, preoperatif kreatinin ve hemoglobin düzeyleri açısından benzerdi. Ortalama taş boyutu (24,2±4,2 mm vs 25,5±3,6 mm; p=0,16), taş sayısı, lokalizasyonu ve Hounsfield ünitesi bakımından anlamlı fark saptanmadı. Preoperatif DJ stent uygulanma oranı RIRC grubunda daha yüksekti (%16,7 vs %0; p=0,02). Operasyon süresi gruplar arasında benzerdi (74,4±20,7 dk vs 78,2±16 dk; p=0,07). Floroskopi süresi RIRC grubunda belirgin olarak daha kısa bulundu (12±8,7 sn vs 47±19,6 sn; p<0,001). Postoperatif kreatinin düzeyleri benzerken, hemoglobin düşüşü RIRC grubunda anlamlı derecede daha düşüktü (0,43±0,38 g/dL vs 1,27±0,95 g/dL; p<0,001). Birinci gün taşsızlık oranı her iki grupta %80 olarak saptandı (p=1,00). Birinci ay taşsızlık oranları sırasıyla %90 ve %86,7 olup gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi (p=0,68). Hastanede kalış süresi RIRC grubunda daha kısaydı (1,7±1,9 gün vs 2,5±1 gün; p<0,001). Komplikasyon oranları Clavien-Dindo sınıflamasına göre benzer bulundu (p=0,15).

SONUÇ

Yüksek güçlü Holmium lazer ve FANS kullanılan RIRC, 2–3 cm böbrek taşlarının tedavisinde mini-PCNL ile benzer taşsızlık oranları ve komplikasyon profili sağlamaktadır. Buna karşın daha düşük hemoglobin kaybı, daha kısa hastanede yatış süresi ve anlamlı derecede daha düşük floroskopi maruziyeti sunmaktadır. Bununla birlikte, RIRC uygulanan hastalarda daha yüksek preoperatif stent gereksinimi göz önünde bulundurulmalıdır.

-	Group 1 (n=30)	Group 2 (n=30)	p
Stone side (R/L)	14/16	19/11	0.19
Stone size (mm)	24.2±4.2 (20-30) [95% CI: 22.6-25.8]	25.5±3.6 (20-30) [95% CI: 24.2-26.9]	0.16
Number of Stones (n/%)	2±1.1 (1-6) [95% CI: 1.5-2.4]	2.1±0.9 (1-4) [95% CI: 1.7-2.4]	0.45
Stone location (n/%)	-	-	0.14
Lower calyx	21 (53.9%)	23 (57.5%)	-
Middle calyx	7 (17.9%)	2 (5%)	-
Upper calyx	5 (12.9%)	1 (2.5%)	-
Pelvis	6 (15.3%)	14 (35%)	-
Hounsfield Unit	889±327 (386-1616) [95% CI: 766-1011]	936±313 (420-1456) [95% CI: 819-1053]	0.56
Prestenting (n/%)	5 (16.7%) [95% CI: 3.3-30]	0 (0%) [95% CI: 0-0]	0.02
Operative time (min)	74.4±20.7 (50-145) [95% CI: 66.6-82.1]	78.2±16 (50-120) [95% CI: 72.2-84.1]	0.07
Fluoroscopy time (sec)	12±8.7 (5-45) [95% CI: 8.7-15.3]	47±19.6 (21-100) [95% CI: 40.2-54.8]	<0.001
Postoperative creatinine (mg/dl)	0.9±0.3 (0.4-1.8) [95% CI: 0.8-1]	0.9±0.3 (0.5-1.9) [95% CI: 0.8-1]	0.70
Hemoglobin decrease (g/dl)	0.43±0.38 (0-1.2) [95% CI: 0.28-0.57]	1.27±0.95 (0-3.6) [95% CI: 0.91-1.62]	<0.001
SFR 1st day (n/%)	24 (80%) [95% CI: 64.3-93.1]	24 (80%) [95% CI: 65.2-93.1]	1
SFR 1st month (n/%)	27 (90%) [95% CI: 78.6-100]	26 (86.7%) [95% CI: 74.2-97.1]	0.68
Hospital stay (day)	1.7±1.9 (1-10) [95% CI: 1-2.5]	2.5±1 (2-7) [95% CI: 2.1-2.9]	<0.001
Complication (Clavien-Dindo grade)	-	-	0.15
1	4	4	-
2	2	2	-
3B	1	-	-
Stone analysis (n)	-	-	0.41
Calcium oxalate	21	22	-
Calcium phosphate	1	1	-
Uric acid	6	3	-
Cystine	1	0	-
Struvite	1	1	-
Mixed	0	3	-

SB-121) DOĞRUDAN ENDOSKOP İÇİ EMME SİSTEMİNE SAHİP FLEKSİBL ÜRETERORENOSKOP (DISS) İLE STANDART FLEKSİBL ÜRETERORENOSKOPİNİN KARŞILAŞTIRILMASI: PROSPEKTİF RANDOMİZE ÇALIŞMA

CEMİL AYDIN(1) BURAK ÇAĞLAR ÖZTÜRK(1) MUSA EKİCİ(1) MUSTAFA SERDAR ÇAĞLAYAN(1) ALPKON TORUN(1) METİN KIZGIN(1) AHMET TAŞCI(1) ABDULLAH ÇOLAKER(1) MUSTAFA GÜDER(1) MUHAMMED EMİR ASLAN(1) MUHAMMET ŞÜKRÜ KARTA(1) MEHMET MURAT BAYKAM(1)

1. HİTİT ÜNİVERSİTESİ ÇORUM EROL OLÇOK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Fleksible üreterorenoskopi (f-URS), minimal invaziv ve yüksek başarı oranlarıyla taş cerrahisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Standart f-URS sırasında irrigasyona bağlı intrarenal basınç artışı; görüş kalitesinin bozulması, operasyon süresinin uzaması ve postoperatif enfeksiyöz komplikasyon riskinin artmasına yol açabilmektedir. Bu olumsuzlukları azaltmak için geliştirilen DISS (Doğrudan Endoskop İçi Emme Sistemine Sahip Fleksibl Üreterorenoskop) platformları, intrarenal basıncın daha etkin kontrolünü, görüş alanının iyileştirilmesini ve taş fragmanlarının eşzamanlı uzaklaştırılmasını hedeflemektedir. Bu çalışmada DISS ile standart f-URS'nin perioperatif ve postoperatif klinik sonuçları karşılaştırılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2026- Temmuz 26 arasındaki bu prospektif, randomize çalışmaya 18 yaş ve üzeri, en büyük taş boyutu ?2 cm olan, böbrek veya proksimal üreterde lokalize tek taşı bulunan 70 hasta dahil edildi. Hastalar, bilgisayar destekli randomizasyon ile 2 gruba ayrıldı: Grup 1'de doğrudan endoskop içi emme sistemine sahip 7,5 Fr f-URS (Clatriron/SUV-4C-B); Grup 2'de ise standart 7,5 f-URS (Storz Flex-X2) kullanıldı. Gebeler, aktif üriner sistem enfeksiyonu bulunan hastalar dışlandı. Grup 1'de, çalışma kanalına entegre doğrudan emme sistemi (3,6Fr) irrigasyon sıvısı ve taş fragmanlarının aspirasyonunu sağlayarak intrarenal basıncın kontrolünü ve görüşün iyileştirilmesini amaçladı. Her 2 grupta; 9,5/11,5 Fr üreteral akses kılıfı kullanıldı, litotripsi Holmium:YAG lazer (Dornier MedTech Laser GmbH; enerji 0,5–4,0 J; frekans 4–20 Hz; tepe güç 15 kW) ile gerçekleştirildi. Lazer parametreleri (enerji, frekans, total enerji), operasyon ve skopi süreleri kaydedildi. Postoperatif ateş, hospitalizasyon ve reoperasyon gereksinimi karşılaştırmalı olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Gruplar arasında yaş, cinsiyet, lateralite, ek hastalık, prestenting, skopi süresi, total enerji ve taş dansitesi açısından anlamlı fark saptanmadı. Taşların çoğu her 2 grupta da renal pelvise lokalizeydi. Grup 1'de en uzun taş boyutu anlamlı olarak daha yüksek bulunmasına rağmen operasyon süresi istatistiksel olarak daha kısaydı. Postoperatif ateş ve hospitalizasyon yalnızca grup 2'de 1 olguda izlendi. Rezidü taş nedeniyle yalnızca grup 2'de 4 hastaya reoperasyon uygulandı. Karşılaştırmalı veriler Tablo 1'de sunulmuştur.

SONUÇ

Standart f-URS ile karşılaştırıldığında DISS kullanımı; daha kısa operasyon süresi, daha düşük rezidü taş ve reoperasyon oranları ile daha az komplikasyon sağlamaktadır. Taş tozlarının eşzamanlı aspirasyonu, "kar küresi" etkisini ortadan kaldırarak görüş kalitesini artırmış, cerrahi verimliliği yükseltmiş ve operasyon süresini kısaltmıştır. Bu bulgular, yüksek taş yüküne sahip olgularda DISS'nin güvenli ve etkili bir alternatif olduğunu göstermekte olup, sonuçların çok merkezli, prospektif çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

Parametre	DISS f-URS (n=35	Standart f-URS (n=35	p
Yaş (yıl) (mean(min-max) ±ss)	47,6(22–71) ± 13,2	49,1(24–74) ± 14,0	>0,05
Cinsiyet (E/K)	24 / 11	23 / 12	>0,05
Lateralite (Sağ/Sol)	18 / 17	17 / 18	>0,05
Taş sayısı	1 (%100)	1 (%100)	-
En uzun taş boyutu (mm) (mean(min-max) ±ss)	13,5(4-20) ±3,6	11,14(7-20) ±3,28	0,0048
Taş dansitesi (HU) (mean(min-max) ±ss)	912 (520–1350) ± 210	935(540–1400) ± 225	>0,05
Taş lokalizasyonu, n (%)	-	-	>0,05
Renal pelvis	30 (%85,7)	22 (%62,9)	-
Üreteropelvik bileşke	4 (%11,4)	2 (%5,7)	-
Proksimal üreter	0	7 (%20)	-
Orta kaliks	1 (%2,9)	3 (%8,6)	-
Üst kaliks	0	1 (%2,9)	-
Hipertansiyon, n (%)	8 (%22,9)	9 (%25,7)	>0,05
Diabetes mellitus, n (%)	4 (%11,4)	4 (%11,4)	>0,05
Koroner arter hastalığı, n (%)	4 (%11,4)	1 (%2,9)	>0,05
Prestenting, n (%)	11 (%31,4)	8 (%22,9)	>0,05
Total energy(kj) (mean(min-max) ±ss)	5,62(0,16-28,1) ±5,4	4,1(0,58-19,3) ±4,9	0,371
Operasyon süresi (dk) (mean(min-max) ±ss)	7,42(1-20,5) ± 3,93	10,6(3-26) ±5,68	0,008
Skopi süresi (sn) (mean(min-max) ±ss)	5,60(2-13) ± 2,39	5,74(3-13) ± 1,9	-
Postop ateş, n (%)	0	1 (%2,9)	-
Hospitalizasyon, n (%)	0	1 (%2,9)	-
Reoperasyon (rezidü taş), n (%)	0	4 (%11,4)	-

TABLO 1. DISS ve Standart Flexible URS Gruplarının Klinik, Demografik Özellikleri

SB-122) ÜRETRAL DARLIKTA İNTERNAL ÜRETROTOMİ SONRASI SİSTOSKOPİ EŞLİĞİNDE LOKAL PAKLİTAKSEL UYGULAMASININ KLİNİK VE ÜROFLOWMETRİK SONUÇLARI

TAHA DÖNER(1) SABRİ KAYA(1) TURAN MÜSEVİTOĞLU(1) İBRAHİM ONUR BAĞRIYANIK(1) ENES ALTIN(1) ALPER GÜNGÖR(2) EYÜP BURAK SANCAK(1) TEVFİK MURAT KOŞAN(1)

1. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Bu çalışmada, üretral darlık nedeniyle internal üretrotomi uygulanan hastalarda, işlem sonrası darlık hattına sistoskopi eşliğinde iğne yardımıyla lokal paklitaksel uygulanmasının postoperatif üroflowmetri parametreleri ve ICIQ-MLUTS skorları üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde üretral darlık nedeniyle internal üretrotomi sonrası darlık hattına sistoskopi eşliğinde iğne yardımıyla lokal paklitaksel uygulanan hastalar değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, preoperatif Qmax değerleri, postoperatif takip Qmax değerleri, takip süresi ve preoperatif-postoperatif ICIQ-MLUTS skorları kaydedildi. Klinik değişim; başlangıç üroflowmetri ve ICIQ-MLUTS skorları ile postoperatif son takip değerlerinin karşılaştırılmasıyla değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 66,3 ± 14,2 yıl, ortalama takip süresi 3,6 ± 0,5 ay idi. Preoperatif ortalama ICIQ-MLUTS skoru 27,4 ± 9,0 iken postoperatif takipte 6,1 ± 4,1'e geriledi. Ortalama skor azalması 21,3 ± 8,9 idi. Preoperatif ortalama Qmax 10,5 ± 7,5 mL/sn iken postoperatif takipte 21,2 ± 7,4 mL/sn olarak saptandı. Ortalama Qmax artışı 10,7 ± 9,0 mL/sn idi.

SONUÇ

Üretral darlık nedeniyle internal üretrotomi uygulanan hastalarda, darlık hattına sistoskopi eşliğinde lokal paklitaksel uygulanması sonrası postoperatif ICIQ-MLUTS skorlarında belirgin azalma ve üroflowmetri parametrelerinde iyileşme izlenmiştir. Bu bulgular, lokal paklitaksel uygulamasının internal üretrotomi sonrası adjuvan bir yaklaşım olarak önem taşıyabileceğini düşündürmektedir.

Hasta Özellikleri ve Pre/Postoperatif Sonuçlar

Hasta No	Yaş	Cinsiyet	Preop Qmax	Postoperatif takip Qmax	Takip süresi	ICIQ-MLUTS Pre	ICIQ-MLUTS Post	Skor değişimi
Hasta 1	67	Erkek	4	26	3 ay	43	6	37
Hasta 2	76	Erkek	15	11	4 ay	28	13	15
Hasta 3	66	Erkek	2	16	4 ay	33	7	26
Hasta 4	27	Erkek	24	27	3 ay	25	4	21
Hasta 5	74	Erkek	11	21	4 ay	18	4	14
Hasta 6	70	Erkek	6	8	4 ay	36	5	31
Hasta 7	73	Erkek	21	30	3 ay	22	1	21
Hasta 8	68	Erkek	5	26	3 ay	20	12	8
Hasta 9	74	Erkek	5	27	4 ay	34	8	26
Hasta 10	68	Erkek	12	20	4 ay	15	1	14

Not: *Üroflowmetri değerleri Qmax mL/sn formatında verilmiştir. Hasta verileri anonimleştirilmiştir.*

SB-123) RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİDE ÜRETER ÇAPININ PASİF DİLATASYON İHTİYACI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

LEVENT TURAN(1) TARIK ÖZKAN(1) HAKAN KILIÇARSLAN(1) ONUR KAYGISIZ(1)

1. BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

RIRC sırasında üreteral darlık sebebi ile pasif dilatasyon uygulanan hastaların preoperatif NKBT' lerinden üreter çaplarının değerlendirilmesi ve pasif dilatasyonun preoperatif öngörülmesi.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu araştırmada, Ocak 2016 ile Kasım 2024 tarihleri arasında RIRC uygulanan toplam 1.210 erişkin hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Pasif dilatasyon uygulanan 52 hasta çalışmaya dahil edildi. Vaka-kontrol çalışması olarak tasarlanan bu araştırmada kontrol grubu; ameliyat öncesi JJ stent takılmayan, benzer yaş ve cinsiyete sahip, ilk seansta taşa ulaşılan 52 hastadan oluşturuldu. Ameliyat öncesi dönemde JJ stent yerleştirilen hastalar "Pasif Dilatasyon Grubu", stent yerleştirilmeyen hastalar ise "Kontrol Grubu" olarak tanımlandı. Tüm hastaların demografik verileri (yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi [VKİ]), taş özellikleri (ameliyat tarafı, taş boyutu, taş lokalizasyonu) ve geçirilmiş şok dalga litotripsisi (SWL) öyküsü kaydedildi. Üreter çapları, ameliyat öncesi NKBT kullanılarak proksimal, orta ve distal üreter seviyelerinden ölçüldü. ROC analizi aracılığıyla bir eşik değeri belirlendi.

BULGULAR

Pasif dilatasyon grubunda üreter çapları, kontrol grubuna kıyasla her üç bölgede de anlamlı derecede daha küçük bulundu (tümü için $p < 0.001$). Proksimal üreter çapı için eşik değer ?5 mm, hem orta hem de distal üreter için ise ?4 mm olarak belirlendi. Eğri altında kalan alan (AUC) proksimal üreter için 0.818, orta üreter için 0.827 ve distal üreter için 0.819 olarak hesaplandı.Proksimal üreterde; 5 mm veya daha küçük bir eşik değerin kullanılması %80.77 duyarlılık (sensitivite) ve %65.38 özgüllük (spesifite) sağladı. Pozitif öngörü değeri (PPV) %70, negatif öngörü değeri (NPV) %77.2 ve genel doğruluk oranı %73 olarak belirlendi.Orta üreterde; ?4 mm'lik bir çap, orta düzeyde duyarlılık (%57.7) ve yüksek özgüllük (%92.3) gösterdi; PPV, NPV ve doğruluk değerleri sırasıyla %88.2, %68.5 ve %75 olarak bulundu.Distal üreterde; 4 mm'lik eşik değer dengeli bir tanısal performans sergileyerek %76.9 duyarlılık, %78.8 özgüllük, %78.4 PPV, %77.3 NPV ve %77.8 genel doğruluk oranı sağladı.

SONUÇ

RIRC planlanan erişkin hastalarda, pasif üreteral dilatasyon ihtiyacının ameliyat öncesi KBT'de ölçülen üreter çapına göre tahmin edilebileceği doğrulanmıştır. Bu hasta grubunun önceden belirlenmesi, ameliyat öncesi hasta bilgilendirmesi ve perioperatif yönetim protokolünün oluşturulması açısından önem taşımaktadır. Distal üreter çapı, duyarlılık ve özgüllük arasındaki dengesi ve %77.8 ile en yüksek doğruluk oranına sahip olması nedeniyle klinik kullanım için en uygun parametredir.

-	Pasif Dilatasyon(n:52)	Kontrol Grubu(n: 52)	P
Yaş	48,2±15,4	49,2±13,9	0,740
Cinsiyet(kadın)	19(%36,5)	18 (%34,6)	0,999
BMI	27,6(18-46)	27,4(18,7-45,2)	0,377
Taş boyutu	15 mm (5mm-40mm)	20mm (5mm-40mm)	0,005
Taş lokalizayonu(pelvis)	15(%28.8)	25(%48.1)	0,035
Taş lokalizayonu(orta pol)	17(%32.7)	18(%34.6)	-
Taş lokalizayonu(alt pol)	20(38.5)	9(%17.3)	-
Preop SWL	17 (%32.7)	16 (%30,8)	0,83
Taraf(sol)	30(%57)	28(%53)	-

gruplar arası demografik özellikler ve taş parametreleri

SB-125) BİPOLAR TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONU (B-TURP) SONRASI ÜRETRA DARLIĞI GELİŞİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

BARIŞ DOĞAN(1) MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) ARDA BERKAY ESKİCİ(1) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1) AYKUT KEFİ(1) İLHAN ÇELEBİ(1)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Bipolar transüretral prostat rezeksiyonu (B-TURP), benign prostat hiperplazisi (BPH) cerrahi tedavisinde etkinliği kanıtlanmış bir yöntemdir. Ancak postoperatif üretra ve mesane boynu darlıkları uzun dönem morbiditenin önemli nedenlerindendir. Bu çalışmada, kliniğimizde B-TURP uygulanan hastaların verilerini inceleyerek postoperatif darlık oranlarını, darlık lokalizasyonlarını ve darlık gelişimiyle ilişkili olası risk faktörlerini belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Mayıs 2021 - Mayıs 2026 tarihleri arasında BPH nedeniyle B-TURP yapılan 854 hasta retrospektif olarak tarandı. Hastaların demografik verileri (yaş, VKİ), preoperatif özellikleri (prostat hacmi (PV), sigara kullanımı, alfa-bloker ve dutasterid kullanımı, akut üriner retansiyon (AUR) öyküsü, preoperatif NLR), operasyon süreleri ve histopatoloji sonuçları kaydedildi. Postoperatif darlık gelişen ve gelişmeyen hastalar karşılaştırıldı.

BULGULAR

Toplam 854 hastanın medyan yaşı 69 (41-170), medyan prostat hacmi 67 cc (10-343) ve medyan operasyon süresi 60 dk (15-185) olarak saptandı. Takip süresince 66 hastada (%7.7) postoperatif darlık saptandı (Tablo 1). Darlık gelişimine kadar geçen medyan süre 7 ay (1-35) idi. Darlık lokalizasyonları incelendiğinde; en sık bulbomembranöz (%27.3) ve bulber (%24.2) üretrada, ardından mesane boynu (%18.2) ve membranöz üretrada (%18.2) darlık saptandı (Tablo 1). Yaş (p=0.492), VKİ (p=0.484), prostat hacmi (p=0.394), operasyon süresi (p=0.119), sigara kullanımı (p=0.464), mesane taşı varlığı (p=0.585), patolojide kronik prostatit varlığı (p=0.089), preoperatif alfa-bloker (p=0.781) ve dutasterid kullanımı (p=0.759) açısından darlık gelişen ve gelişmeyen gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 2). Buna karşın, preoperatif AUR öyküsü olan hastalarda postoperatif darlık oranı anlamlı derecede daha düşük saptandı (p=0.027) (Tablo 2).

SONUÇ

Geniş serili bu çalışmada B-TURP sonrası darlık oranı %7.7 olarak bulunmuştur ve darlıklar en sık bulber ve bulbomembranöz üretrada olduğu görülmektedir. Prostat hacmi, operasyon süresi ve medikal tedaviler gibi faktörlerin darlık gelişimi üzerinde doğrudan bir etkisi saptanmamıştır.

-	Medyan (Min-Maks)
Yaş (yıl)	69.0 (41.0 - 170.0)
VKİ	26.3 (21.3 - 45.5)
Prostat Hacmi (cc)	67.0 (10.0 - 343.0)
Operasyon Süresi (dk)	60.0 (15.0 - 185.0)
Sigara Kullanımı	n (%)
Yok	276 (%32.3)
Var	578 (%67.7)
Preoperatif Medikal Tedavi	-
Alfa-bloker	413 (%48.4)
Dutasterid	87 (%10.2)
Preoperatif AUR Öyküsü	243 (%28.5)
Patoloji Sonucu	-
BPH	697 (%81.6)
Kronik Prostatit	157 (%18.4)
Postoperatif Darlık Gelişimi	66 (%7.7)
Darlık Tanı Süresi (Ay)	7.0 (1.0 - 35.0)
Darlık Lokalizasyonu	-
Bulbomembranöz	18 (%27.3)
Bulbar	16 (%24.2)
Mesane Boynu	12 (%18.2)
Membranöz	12 (%18.2)
Penil	4 (%6.1)
Mea	4 (%6.1)

Kohortun Demografik, Klinik ve Operatif Özellikleri

Tablo 2: Postoperatif Darlık Gelişimi ile İlişkili Risk Faktörlerinin Analizi

	Postoperatif Darlık (-)(n=788)	Postoperatif Darlık (+)(n=66)	p
Yaş (yıl), *Medyan*	69	69	0.492*
VKİ *Medyan*	26.3	26.1	0.484*
Prostat Hacmi (cc), *Medyan*	67.0	66.5	0.394*
Operasyon Süresi (dk), *Medyan*	60.0	60.0	0.119*
Sigara Kullanımı (Var), *n (%)*	536 (%68.0)	42 (%63.6)	0.464**
Preop Alfa-bloker (Var), *n (%)*	380 (%48.2)	33 (%50.0)	0.781**
Preop Dutasterid (Var), *n (%)*	81 (%10.3)	6 (%9.1)	0.759**
Preoperatif AUR (Var), *n (%)*	232 (%29.4)	11 (%16.7)	0.027**
Mesane Taşı (Var), *n (%)*	102 (%12.9)	7 (%10.6)	0.585**
Patoloji (Kronik Prostatit), *n (%)*	150 (%19.0)	7 (%10.6)	0.089**

**:Mann Whitney U testi, **: Fishers' exact testi*

SB-126) RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİDEN SONRA KLİNİK ANLAMLI REZİDÜ FRAGMANLAR: 5 YILLIK TAKİP SONUÇLARI, RIRSEARCH GRUBU ÇALIŞMASI

MEHMET FATİH ŞAHİN(1) CENK MURAT YAZICI(1) ÇAĞRI DOĞAN(1) KEREM TEKE(2) MUHAMMET FATİH ŞİMŞEKOĞLU(3) CEM BAŞATAÇ(4) MUSTAFA BİLAL TUNA(5) HAKAN ÇAKIR(6) OKTAY ÖZMAN(7) ÖNDER ÇINAR(8) MURAT AKGÜL(9) EYÜP BURAK SANCAK(10) BARBAROS BAŞESKİOGLU(11) BÜLENT ÖNAL(3) HALUK AKPINAR(12)

1. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
3. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
4. DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
5. ÖZEL ACIBADEM MASLAK HASTANESİ
6. ÖZEL ACIBADEM HASTANESİ
7. ÖZEL MEMORİAL HASTANESİ
8. MEDİCANA HASTANESİ
9. ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
10. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
11. eskişehir üroloji
12. FLORENCE NİGHTİNGALE

AMAÇ

Retrograd intrarenal cerrahi (RIRS) sonrası postoperatif rezidüel fragmanların (RF) uzun dönem takipte klinik önemini belirlemek ve 5 yıllık takip sonucunda klinik anlamlı RF tanımı için kanıta dayalı bir eşik değer belirlemektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmada, Haziran 2021'den önce RIRS opere olup sonraki ilk ay ve 5 yıl içinde kontrastsız tomografi (NCCT) çekilen RIRSearch çalışma grubundaki hasta verileri analiz edildi. Hastaların erken postoperatif taş durumu ve son NCCT görüntüleri karşılaştırıldı. Takip süresi boyunca ipsilateral üriner sistem taşları nedeniyle ikinci müdahaleleri / hastaneye yatışları incelendi. Postoperatif RF'ye göre, taşsızlık oranları üç sınıfa ayrıldı (0 mm, 0-2 mm ve 2,1-4 mm RF). RF >4,1 mm cerrahi başarısızlık olarak kabul edildi. İkincil müdahale için prediktif faktörler çoklu değişkenli lojistik regresyon kullanılarak belirlendi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 300 hastadan 243'ünde (%81,0) görüntüleme takibi yapıldı ve ortalama takip süresi 63,7 ± 19,6 ay idi. Ameliyat sonrası ilk ayda 75 hastada RF bulunmazken, 33 hastada 0-2 mm, 56 hastada 2-4,1 mm ve 79 hastada >4,1 mm RF vardı. RF boyutu arttıkça,> 4 mm taş oluşumu da arttı. 2-4 mm RF'ye sahip hastalarda bile, >4 mm taş oluşumu oranı %30'dan azdı. RF'si ?2 mm olan hastaların, RF'si <2 mm olanlara kıyasla klinik olarak anlamlı taş büyümesi (?4 mm) riski anlamlı derecede daha yüksekti (%51,3'e karşı %16,9; OR, 3,04; %95 CI:1,87–4,95; p<0,001). Postoperatif <2 mm ve >2 mm taş grupları arasında, RF boyutu >4 mm olduğunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi (p=0.001). Hastaların %25,9'unda ikincil müdahale gerekti. Takip süresince, hastaların %50,8'inde ilk ameliyattan sonra RF boyutu >4 mm idi. Çok değişkenli regresyon analizinde, ikinci müdahaleyi yalnızca postoperatif RF çapı öngördü (OR, 1 mm artış başına 1,08; %95 CI:1,03–1,14; p=0,004).

SONUÇ

RIRS sonrası postoperatif RF <2 mm mükemmel uzun vadeli sonuçlar vermektedir ve RIRS sonrası taşsızlık değeri olarak kabul edilebilir. RF 2–4 mm, kişiselleştirilmiş takip gerektiren orta riskli olarak sınıflandırılabilir; ancak 4 mm'nin üzerindeki RF'ler yine de cerrahi başarısızlık olarak değerlendirilmelidir.

	Tam Taşsız	0-2 mm Rezidü	2.1-4mm Rezidü	≥4.1 mm Rezidü	Tam Taşsız
Hasta Sayısı (n)	243	75	33	56	79
Yaş (ortalama ± SS)	49,9 ± 13,0	49,9 ± 14,4	50,6 ± 11,5	51,8 ± 13,1	48,2 ± 12,3
Cinsiyet (n, %)					
Erkek	151 (% 62,1)	44 (% 58,7)	19 (% 57,6)	34 (% 60,7)	54 (% 68,4)
Kadın	92 (% 37,9)	31 (% 41,3)	14 (% 42,4)	22 (% 39,3)	25 (% 31,6)
VKİ kg/m^2 (Ortalama ± SS)	27,6 ± 4,5	27,5 ± 4,3	27,8 ± 3,9	27,7 ± 5,3	27,6 ± 4,6
ESL Öyküsü (n, %)	71 (% 29,2)	26 (% 34,7)	5 (% 15,2)	19 (% 33,9)	21 (% 26,6)
Preoperatif JJ stent varlığı (n, %)	107 (% 44,0)	31 (% 41,3)	18 (% 54,5)	24 (% 42,9)	34 (% 43,0)
Charlson Komorbidite İndeksi (n, %)					
0-1	106 (% 43,6)	30 (% 40,0)	13 (% 39,4)	23 (% 41,1)	40 (% 50,6)
≥2	137 (% 56,4)	45 (% 60,0)	20 (% 60,6)	33 (% 58,9)	39 (% 49,4)
Preoperatif Serum Kreatinin Level (mg/dL) (mean ± SD)	0,93 ± 0,30	0,89 ± 0,25	0,91 ± 0,25	0,99 ± 0,74	1,0 ± 0,35
Taş Lokasyonu (n, %)					
Üst Pol	6 (% 2,5)	3 (% 4,0)	0 (% 0)	0 (% 0)	3 (% 3,8)
Orta Zon	8 (% 3,3)	2 (% 2,6)	2 (% 6,1)	2 (% 3,6)	2 (%2,5)
Alt Pol	30 (% 12,3)	12 (% 16,0)	3 (% 9,1)	11 (% 19,6)	4 (% 5,1)
Renal Pelvis	53 (% 21,8)	26 (% 34,7)	9 (% 27,3)	9 (% 16,1)	9 (% 11,4)
Üst Üreter	51 (% 21,0)	21 (% 28,0)	8 (% 24,2)	11 (% 19,6)	11 (% 13,9)
Multipl Lokasyon	95 (% 39,1)	11 (% 14,7)	11 (% 33,3)	23 (% 41,1)	50 (% 63,3)
HU (ortalama ± SS)	1040,1 ± 292,3	977,8 ± 295,0	993,4 ± 302,7	1045,8 ± 292,4	1113,2 ± 273,3
Taş Sayısı (n, %)					
Tek	147 (% 60,5)	62 (% 82,7)	24 (% 72,7)	34 (% 60,7)	27 (% 34,2)
Multipl	96 (% 39,5)	13 (% 17,3)	9 (% 27,3)	22 (% 39,3)	52 (% 65,8)
Taş Hacmi (mm^3) (Ortalama ± SS)	875,1 ± 60,1	661,2 ± 83,8	885,3 ± 75,7	897,8 ± 75,7	1040,4 ± 195,1
Preoperatif Hidronefroz (n, %)	77 (% 31,7)	26 (% 34,7)	9 (% 27,3)	18 (% 32,1)	24 (% 30,4)
Operasyon Süresi (dk) (Ortalama ± SS)	75,4 ± 31,9	58,5 ± 22,4	70,1 ± 31,8	72,8 ± 25,7	95,4 ± 33,3
Hospitalizasyon Süresi (gün) (ortalama ± SS)	1,7 ± 0,5	1,3 ± 0,9	1,5 ± 0,5	1,6 ± 0,7	1,3 ± 1,1
Postoperatif Serum Kreatinin Level (mg/dL) (ortalama ± SS)	0,99 ± 0,31	0,97 ± 0,36	0,99 ± 0,25	0,97 ± 0,31	1,11 ± 0,27
Rezidü Fragman Çapı (ortalama ± SS)	5,5 ± 6,4	0	1,6 ± 0,5	3,4 ± 0,5	13,7 ± 4,5
İkinci Tedavi Gereksinimi (n, %)	66 (% 27,2)	9 (% 12,0)	5 (% 15,2)	11 (% 19,6)	41 (% 51,9)

		Postoperatif 1. Ay				
		Taşsız	**0-2 mm rezidü**	**2,1 – 4 mm rezidü**	**>4.1 mm rezidü**	**Toplam**
Postoperatif 5. sene	**Taşsız**	54 (% 72,0)	17 (% 51,6)	24 (% 42,9)	6 (% 7,6)	95
	0-2 mm	4 (% 5,3)	4 (% 12,1)	8 (% 14,3)	4 (% 5,1)	17
	2-1-4mm	4 (% 5,3)	4 (% 12,1)	8 (% 14,3)	5 (% 6,3)	18
	> 4.1 mm	13 (% 17,4)	8 (% 24,2)	16 (% 28,6)	64 (% 81,0)	113
	Toplam	75	33	56	79	243
	Postop operasyon (n, %)	11 (% 17,5)	7 (% 11,1)	13 (% 20,6)	32 (% 50,8)	63 (% 25,9)

SB-127) HOLEP OPERASYONUNDA KOÜ DENEYİMİ: CUSUM ANALİZİ

HAKKICAN YUVAK(1) ANIL DAĞIDIR(1) FURKAN PALAZ(1) MUHAMMED HANİFİ ORÇAN(1) YUSUF YAĞIZ ÖZTÜRK(1) İBRAHİM ERKUT AVCI(1) KEREM TEKE(1)

1. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ AD

AMAÇ

Holmium Lazer Prostat Enükleasyonu her geçen gün günlük pratiğimizde daha da yer edinip güncel AUA kılavuzlarında da kendisine güçlü bir şekilde yer bulan BPH cerrahisinde kendini kanıtlamış bir yöntemdir. HoLEP cerrahisi için literatürde yaklaşık 30–50 olguluk bir öğrenme eğrisi tanımlanmıştır. Öğrenme eğrisinin değerlendirilmesinde önemli bir performans göstergesi olan enükleasyon hızı (g/dk) kullanılarak, kliniğimizde tek cerrah tarafından gerçekleştirilen HoLEP olgularındaki öğrenme sürecinin kümülatif toplam (CUSUM) yöntemiyle analiz edilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Aynı cerrah tarafından ardışık olarak HoLEP uygulanan 52 olgu geriye dönük olarak incelendi. İki olguda enükleasyon ve morselasyon sürelerinin eksik olması, iki olguda ise açık prostatektomiye dönüş nedeniyle enükleasyon hızına dayalı CUSUM analizi 48 olguda gerçekleştirildi. Cerrahi performans göstergesi olarak enükleasyon hızı, çıkarılan prostat dokusu ağırlığının enükleasyon süresine bölünmesiyle hesaplandı. Referans değer 0,50 g/dk olarak kabul edildi ve her olgunun bu değerden sapması ardışık olarak toplanarak CUSUM eğrisi oluşturuldu. CUSUM değeri, CUSUMi = CUSUMi-1 + (enükleasyon hızıi - 0,50) formülüyle hesaplandı. Literatürde enükleasyon hızının değerlendirilmesinde farklı referans değerleri bildirilmekle birlikte, bu çalışmada 0,50 g/dk referans değeri esas alındı. mpMRG verisi bulunan hastalarda periferik zon dışındaki adenom dokusu hacmi hesaplandı ve çıkarılan doku ağırlığının ölçülen adenom hacmine oranı CUSUM dönemlerine göre tanımlayıcı olarak değerlendirildi. Ayrıca multiparametrik prostat manyetik rezonans görüntüleme (mpMRG) verisi bulunan hastalarda, çıkarılan doku ağırlığının mpMRG'de ölçülen adenom hacmine oranının CUSUM dönemlerine göre tanımlayıcı olarak değerlendirilmesi planlandı.

BULGULAR

Hastaların demografik, klinik, intraoperatif ve postoperatif özellikleri Tablo 1'de sunuldu. CUSUM eğrisi incelendiğinde öğrenme sürecinin üç belirgin fazda gerçekleştiği gözlendi. Öğrenme Fazı'nı oluşturan 1–25. olgularda negatif eğim hâkimdi ve en düşük CUSUM değerine 25. olguda ulaşıldı (-3,41). İlerleme Fazı'nı oluşturan 26–38. olgularda CUSUM eğrisi yön değiştirdi ve referans değerin üzerindeki enükleasyon hızları belirginleşti. Kümülatif sapma 36. olguda sıfır çizgisini geçerek pozitif değere ulaştı (+0,008). Plato Fazı'nı oluşturan 39–48. olgularda CUSUM değerlerinin yaklaşık +5 düzeyinde sınırlı değişim gösterdiği ve enükleasyon performansında kısa süreli bir stabilizasyon örüntüsü oluştuğu gözlendi. mpMRG görüntüleri Öğrenme Fazı'nda 9, İlerleme Fazı'nda 4 ve Plato Fazı'nda 3 olmak üzere toplam 16 hastada mevcuttu. Çıkarılan doku ağırlığının mpMRG'de ölçülen adenom hacmine oranı sırasıyla %49, %55 ve %83 olarak hesaplandı. Gruplardaki mpMRG sayılarının düşük ve dengesiz olması nedeniyle bu sonuçlar yalnızca tanımlayıcı olarak değerlendirildi ve istatistiksel karşılaştırma yapılmadı.

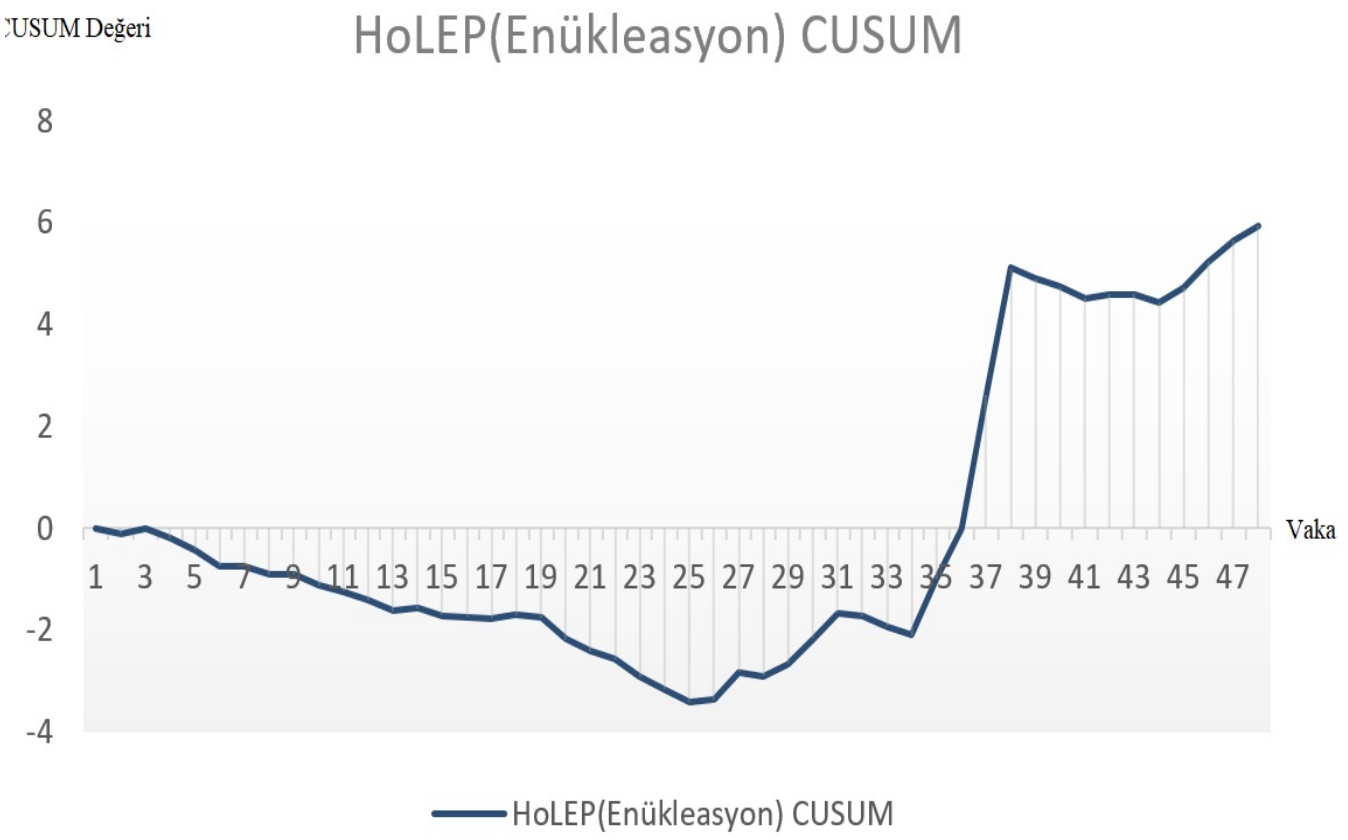
SONUÇ

Enükleasyon hızı temel alınarak yapılan CUSUM analizinde, HoLEP öğrenme eğrisindeki temel yön değişikliğinin 25. olguda gerçekleştiği ve 38. olgudan sonra enükleasyon performansında kısa süreli bir stabilizasyon örüntüsü oluştuğu gözlendi. Belirlenen kırılma noktalarının bu cerraha ve incelenen olgu serisine özgü olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. CUSUM analizi, cerrahi öğrenme sürecindeki performans değişikliklerinin izlenmesinde kullanılabilecek objektif ve yararlı bir yöntemdir.

Yaş (yıl), ortalama ± SS	67,3 ± 7,4	VKİ (kg/m²), ortalama ± SS	28,6 ± 4,9	Charlson Komorbidite İndeksi, medyan (ÇAA)
3 (2-4)	Prostat hacmi (ml), medyan [Min – Max]	80 [37–295]	Takip Süresi (hafta), ortalama ± SS	38 ± 19,9
Preoperatif kateterizasyon, n (%)	23 (47,9)	Preoperatif biyopsi, n (%)	14 (29,2)	BPH, n (%)
13 (27,1)	Adenokarsinom, n (%)	1 (2,1)	HoLEP patolojisi	-
BPH, n (%)	36 (75)	Adenokarsinom, n (%)	4 (8,3)	ASAP, Squamöz Metaplazi, Artefakt n (%)
4 (8,3)	Çalışılıyor, n (%)	4 (8,3)	Sonda çıkarılması (gün), medyan [Min – Max]	2 [1-7]
İntraoperatif Veriler	-	Enükleasyon hızı (gr/dk), medyan (ÇAA)	0,44 (0,30-0,63)	Morselasyon hızı (gr/dk), medyan (ÇAA)
1,37 (0,63–1,79)	Çıkarılan doku ağırlığı (gr), medyan [Min – Max]	45 [10-140]	Peroperatif Veriler	-
Preop Hgb (gr/dL), ortalama ± SS	13,6 ± 1,7	Postop Hgb (gr/dL), ortalama ± SS	12,2 ± 1,8	Fonksiyonel Veriler
-	Preoperatif PSA (ng/ml), medyan (ÇAA)	4,44 (2,53–7,42)	Postoperatif PSA (ng/ml), medyan (ÇAA)	1,19 (0,43–3,59)
Preoperatif IPSS, ortalama ± SS	20,9 ± 6,1	Postoperatif IPSS, ortalama ± SS	10,1 ± 4,3	Preoperatif Qmax (ml/sn), ortalama ± SS
10 ± 3,6	Postoperatif Qmax (ml/sn), ortalama ± SS	23 ± 13,4	Preoperatif IIEF, ortalama ± SS	13,9 ± 4,8
Postoperatif IIEF, ortalama ± SS	12,4 ± 5	ÇAA: Çeyrekler arası aralık (interquartile range); VKİ: Vücut kitle indeksi; Min–Max: Minimum–Maksimum; PSA: Prostat spesifik antijen; IPSS: International Prostate Symptom Score; Qmax: Maksimum idrar akım hızı; IIEF: International Index of Erectile Function; BPH: Benign prostat hiperplazisi; HoLEP: Holmium lazer enükleasyonu; dk: Dakika; gr: Gram; ml: Mililitre; sn: Saniye, Hgb: Hemoglobin.	-	

Hastaların demografik ve peroperatif özellikleri

Tablo 2. Fonksiyonel sonuçların CUSUM alt gruplarında dağılımı	
Preoperatif PSA (ng/ml), medyan (ÇAA)	
1.Grup	4,4 (2,8-7,4)
2.Grup	5,0 (2,5-8,1)
3.Grup	3,4 (1,7-5,7)
Postoperatif PSA (ng/ml), medyan (ÇAA)	
1.Grup	2,0 (0,7-3,8)
2.Grup	0,4 (0,3-2,0)
3.Grup	0,19 (0,16-0,21)
Preoperatif IPSS, ortalama ± SS	
1.Grup	19,5 ± 5,8
2.Grup	20,9 ± 7,0
3.Grup	24,4 ± 4,6
Postoperatif IPSS, ortalama ± SS	
1.Grup	9,4 ± 3,7
2.Grup	10 ± 3,2
3.Grup	14,2 ± 7,8
Preoperatif Qmax (ml/sn), ortalama ± SS	
1.Grup	10,7 ± 3,3
2.Grup	8,1 ± 3,8
3.Grup	12,4 ± 2,1
Postoperatif Qmax (ml/sn), ortalama ± SS	
1.Grup	19,6 ± 11,3
2.Grup	26,5 ± 15,9
3.Grup	28,4 ± 15,2
Preoperatif IIEF, ortalama ± SS	
1.Grup	14,3 ± 4,4
2.Grup	13,5 ± 5,3
3.Grup	14 ± 5,1
Postoperatif IIEF, ortalama ± SS	
1.Grup	14,4 ± 4,7
2.Grup	10,6 ± 4,7
3.Grup	8,7 ± 4,3



SB-128) PROSTAT HACMİ HOLEP SONUÇLARINI ETKİLER Mİ? 100 CC ALTI VE ?100 CC PROSTATLARIN KARŞILAŞTIRILDIĞI 200 HASTALIK TEK MERKEZ DENEYİMİ

FİRUZ BARAKAEV(1) EMİRHAN CAMCIOĞLU(1) KADRİ SACİT TAŞTEPE(1) FARUK YENCİLEK(1)

1. YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Holmium lazer prostat enükleasyonu (HoLEP), benign prostat hiperplazisinin cerrahi tedavisinde prostat hacminden bağımsız uygulanabilmesi ve özellikle büyük prostatlarda güvenli ve etkili sonuçlar sağlaması nedeniyle güncel kılavuzlarda önerilen cerrahi tedavi seçeneklerinden biridir. Bu çalışmada, prostat hacminin HoLEP'in cerrahi sonuçları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla, 100 cc altı ve >100 cc prostat hacmine sahip hastalarda perioperatif parametreler, komplikasyon oranları ve erken dönem fonksiyonel sonuçlar karşılaştırıldı.

GEREÇ-YÖNTEM

2021-2026 tarihleri arasında Yeditepe Üniversite Hastanesi'nde benign prostat hiperplazisi nedeniyle HoLEP uygulanan toplam 200 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar preoperatif prostat hacmine göre iki grupta incelendi. Grup 1: <100 cc prostat hacimli 84 hasta , Grup 2: >100 cc prostat hacimli 116 hastadan oluşturuldu. Hastaların yaş, PSA, IPSS, Qmax, prostat hacmi, enükle edilen doku ağırlığı, enükleasyon süresi, morselasyon süresi, hemoglobin düşüşü, kateterizasyon süresi, hastanede kalış süresi, rezidü idrar (PVR) ve üriner inkontinans parametreleri incelendi. İstatistiksel analiz SPSS 26.0 programı ile yapıldı. Sürekli değişkenler Student t testi veya Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenler Ki-kare testi ile karşılaştırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 200 hasta dahil edildi. Hastaların 84'ü (%42) <100 cc (Grup 1), 116'sı (%58) ?100 cc (Grup 2) prostat hacmine sahipti. Grup 2 hastalarının ortalama yaşı daha yüksek olup (67,1±7,1 vs. 64,6±7,5 yıl), preoperatif PSA düzeyi (11,2±5,4 vs. 7,8±3,1 ng/mL) ve prostat hacmi (138,1±34,3 vs. 70,8±15,1 mL) Grup 1'e göre daha fazlaydı (p<0,05). Preoperatif IPSS skorları benzer bulunurken (18,9±5,5 vs. 17,8±5,1), Grup 2'de preoperatif Qmax daha düşük (5,1±1,7 vs. 7,2±2,1 mL/sn) ve postmiksiyonel rezidü idrar hacmi daha yüksekti (74,6±30,1 vs. 66,3±28,5 mL)(p<0,05).

Perioperatif değerlendirmede, ?100 cc prostat hacmine sahip hastalarda enükleasyon süresi (66,4±16,9 vs. 46,5±12,7 dakika), morcellasyon süresi (33,3±10,2 vs. 17,5±9,3 dakika) ve enükle edilen doku miktarı (96,2±21,1 vs. 56,7±12,1 g) daha yüksekti (p<0,05). Kateterizasyon süresi her iki grupta benzerdi (24 saat). Hastanede kalış süresi (2,9±1,2 vs. 2,2±0,5 gün) ve hemoglobin düşüşü (0,9±0,5 vs. 0,7±0,4 g/dL) Grup 2'de daha yüksek olmakla birlikte arada anlamlı fark bulunmamaktadır(p>0,05). Postoperatif üriner inkontinans Grup 1'de 3 (%3,6), Grup 2'de 7 (%6,0) hastada gözlendi.

Üçüncü ay fonksiyonel değerlendirmesinde her iki grupta da belirgin klinik iyileşme izlendi. Postoperatif 3. aydaki IPSS skorları sırasıyla 5,4±1,7 ve 6,2±2,3 olarak saptanırken, Qmax değerleri 17,5±3,2 mL/sn ve 20,1±3,6 mL/sn, postmiksiyonel rezidü idrar hacimleri ise 24,2±5,5 mL ve 22,3±8,6 mL olarak bulundu.

SONUÇ

HoLEP, 100 cc altı ve ?100 cc prostat hacmine sahip benign prostat hiperplazisi hastalarında güvenli ve etkili bir cerrahi tedavi yöntemidir. Büyük prostat hacmine sahip olgularda operasyon süresi ile enükle edilen doku miktarı daha yüksek olmasına rağmen düşük komplikasyon oranları HoLEP'in hem küçük hem de büyük hacimli prostatlarda güvenle uygulanabileceğini göstermektedir. Her iki grupta da üçüncü ayda IPSS skorunda belirgin düşme, Qmax'ta anlamlı artış ve PVR'de anlamlı azalma izlenmesi, prostat hacminden bağımsız olarak HoLEP'in erken dönem fonksiyonel başarısını kanıtıdır.

Parametre	Grup 1 (<100 cc, n=84)	Grup 2 (?100 cc, n=116)	Yaş (yıl)	64.6 ± 7.5
67.1 ± 7.1	PSA (ng/mL)	7.8 ± 3.1	11.2 ± 5.4	Prostat hacmi (mL)
70.8 ± 15.1	138.1 ± 34.3	Preoperatif IPSS	17.8 ± 5.1	18.9 ± 5.5
Preoperatif Qmax (mL/sn)	7.2 ± 2.1	5.1 ± 1.7	Preoperatif PVR (mL)	66.3 ± 28.5
74.6 ± 30.1	Enükleasyon süresi (dk)	46.5 ± 12.7	66.4 ± 16.9	Morcellasyon süresi (dk)
17.5 ± 9.3	33.3 ± 10.2	Enükle edilen doku (g)	56.7 ± 12.1	96.2 ± 21.1
Kateterizasyon süresi (saat)	24.0 ± 0.6	24.0 ± 1.7	Hastanede kalış süresi (gün)	2.2 ± 0.5
2.9 ± 1.2	Hemoglobin düşüşü (g/dL)	0.7 ± 0.4	0.9 ± 0.5	Postoperatif üriner inkontinans, n (%)
3 (3.6)	7 (6.0)	Postoperatif 3. ay IPSS	5.4 ± 1.7	6.2 ± 2.3
Postoperatif 3. ay Qmax (mL/sn)	17.5 ± 3.2	20.1 ± 3.6	Postoperatif 3. ay PVR (mL)	24.2 ± 5.5
22.3 ± 8.6				

SB-129) ÜRİNER SİSTEMDE KULLANILAN DOUBLE J STENTLERDE ENKRUSTASYON OLUŞUMUNUN İDRAR METABOLİTLERİ İLE İLİŞKİSİ

EMRE ALBAYRAK(1) AHMET GÜDELOĞLU(1) HASAN SERKAN DOĞAN(1) SERDAR TEKGÜL(1)

1. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ
Double J stent enkrustasyonu, artmış hasta morbiditesine yol açan yaygın bir komplikasyondur. Kalış süresi bilinen bir risk faktörü olmakla birlikte, üriner metabolik profilin etkisi daha az tanımlanmıştır. Bu çalışmada, 24 saatlik üriner metabolitler ve kalış süresi ile double J stent enkrustasyonunun gelişimi ve şiddeti arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Hacettpe Üniversitesi Üroloji Kliniği'nde Double Jstent yerleştirilen 77 hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Tüm hastaların ekstraksiyon öncesi idrar kültürleri sterildir. Ekstrakte edilen stentler, 6 puanlı bir enkrustasyon ölçeği kullanılarak mikroskobik olarak derecelendirilmiştir. Çıkarılma işleminden 2-4 hafta sonra 24 saatlik idrar metabolik değerlendirmesi yapılmıştır. Metabolik parametreler, klinik veriler ve enkrustasyon derecesi arasındaki ilişkiler analiz edilmiştir.

BULGULAR
Hastaların 52'sinde (%67,5) enkrustasyon gözlenmiştir. Ortalama kalış süresi, enkrustasyon grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha uzundur (p=0,014). Etkilenen hastalarda üriner kalsiyum (p=0,027) ve oksalat (p=0,040) düzeyleri anlamlı derecede daha yüksek, sitrat (p=0,014) düzeyleri ise daha düşük saptanmıştır. Çok değişkenli analizde, kalış süresi ve üriner sitrat düzeyi tek bağımsız prediktörler olarak belirlenmiştir. Toplam metabolik risk faktörü sayısı (hiperkalsiüri, hiperoksalüri, hipositratüri), enkrustasyon insidansı (p=0,003) ve şiddeti (p=0,003) ile güçlü bir korelasyon göstermiştir. Demografik faktörler ile enkrustasyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

SONUÇ
Kalış süresine ek olarak, double J stent enkrustasyonu; yüksek üriner kalsiyum ve oksalat ile düşük üriner sitrattan oluşan belirgin bir metabolik profil ile anlamlı düzeyde ilişkilidir. Bu metabolik risk faktörlerinin kümülatif sayısı, enkrustasyon şiddeti ile doğrudan koreledir. Bu bulgular, risk değerlendirmesi yapabilmek ve kişiselleştirilmiş yönetimi yönlendirmek açısından metabolik değerlendirmenin kritik öneme sahip olduğunu ileri sürmektedir.

SB-130) STANDART PRONE PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ OPERASYONLARINDA İNTRAOPERATİF ASPİRATÖR KULLANIMININ CERRAHİ BAŞARI VE KOMPLİKASYONLAR ÜZERİNE ETKİSİ: 10 YILLIK RETROSPEKTİF ANALİZ

BERKAY KILINÇKAYA(1) MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) BARIŞ DOĞAN(1) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1) İLHAN ÇELEBİ(1)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Renal pelvis taşı nedeniyle standart prone perkütan nefrolitotomi (PCNL) uygulanan hastalarda, taş fragmanlarını toplamak amacıyla intraoperatif aspiratör kullanımının operasyon süresi, nefrostomi kalış süresi, taşsızlık başarısı ve intraoperatif/postoperatif komplikasyonlar üzerindeki etkisini retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde Mayıs 2016-Mayıs 2026 tarihleri arasında standart prone PCNL yapılan 1101 hastanın verileri retrospektif olarak tarandı. Çalışmaya 18 yaş üstü, renal pelvis yerleşimli ve taş boyutu 15-30 mm arasında olan, tüm verilerine eksiksiz ulaşılabilen 586 hasta dahil edildi. Hastalar operasyon sırasında taş fragmanlarını toplamak amacıyla aspiratör kullanım durumuna göre iki gruba ayrıldı: Aspiratör kullanılmayanlar (n = 414, %70.6) ve aspiratör kullanılanlar (n = 172, %29.4). Gruplar arasındaki sürekli veriler Mann-Whitney U testi, kategorik veriler ise Pearson Chi-Square ve Fisher's Exact testleri ile analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 586 hastanın medyan yaşı 50 (18-85), medyan Vücut Kitle İndeksi (VKİ) 26.3 kg/m2 (12.6-41.6) ve medyan maksimum taş boyutu 20mm (15-30) idi. Hastaların %35.8'i (n = 210) kadın, %64.2'si (n = 376) erkekti. Medyan operasyon süresi 90 dk ve medyan skopi süresi 40 sn olarak saptandı (Tablo 1). Genel taşsızlık oranı %78.0 (n = 457) iken, postoperatif rezidüel taş varlığı ile yaş ($p = 0.003$), VKİ ($p = 0.011$), maksimum taş boyutu ($p = 0.003$) ve taş hacmi ($p = 0.014$) arasında anlamlı ilişki saptandı. Buna karşın aspiratör kullanımı ile rezidüel taş varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p = 0.133$) (Tablo 2).

Aspiratör kullanılan grupta hiçbir hastada intraoperatif komplikasyon gözlenmezken (%0.0), aspiratör kullanılmayan grupta da intraoperatif komplikasyon oranı %5.6 (n = 23) olarak saptandı ve aspiratör kullanımının intraoperatif komplikasyonları anlamlı düzeyde önlediği görüldü ($p = 0.002$) (Tablo 3). Ayrıca kadın cinsiyette intraoperatif komplikasyon oranı erkeklere göre anlamlı derecede yüksekti (%7.1 vs %2.1, $p = 0.003$).

Aspiratör kullanılan grupta postoperatif komplikasyon oranı %6.4 (n = 11) iken, aspiratör kullanılmayan grupta bu oran %16.9 (n = 70) idi; aradaki fark istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı bulundu ($p = 0.001$) (Tablo 3). Kadın cinsiyette postoperatif komplikasyon oranı da erkeklere göre daha yüksekti (%17.6 vs %11.7, $p = 0.047$). Aspiratör kullanımı operasyon süresini anlamlı düzeyde değiştirmese de ($p = 0.059$), nefrostomi çekilme süresini istatistiksel olarak anlamlı derecede etkiledi ($p = 0.002$) (Tablo 3).

SONUÇ

Standart prone PCNL operasyonlarında intraoperatif aspiratör kullanımı, rezidüel taş oranlarını veya operasyon süresini doğrudan değiştirmese de, hem intraoperatif hem de postoperatif komplikasyon oranlarını ve nefrostomi kalış sürelerini anlamlı derecede azaltmaktadır. 15-30 mm arası renal pelvis taşlarının prone PCNL ile tedavisinde aspiratör kullanımı, hasta güvenliğini artıran ve morbiditeyi azaltan etkili ve güvenilir bir yardımcı cerrahi yöntemdir.

Tablo 1: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri (N = 586)

	Medyan (Minimum - Maksimum)
Yaş (yıl)	50.0 (18.0 - 85.0)
VKİ kg/m²	26.3 (12.6 - 41.6)
Maksimum Taş Boyutu (mm)	20.0 (15.0 - 30.0)
Taş Yüzey Alanı (mm²)	147.5 (34.0 - 900.0)
Taş Dansitesi (HU)	980.0 (119.0 - 1929.0)
Operasyon Süresi (dk)	90.0 (15.0 - 210.0)
Skopi Süresi (sn)	40.0 (5.0 - 400.0)
	Sayı (n) / Yüzde (%)
Cinsiyet (Kadın / Erkek)	210 (%35.8) / 376 (%64.2)
Geçmiş ESWL Öyküsü (Yok / Var)	437 (%74.6) / 149 (%25.4)
İntraoperatif Aspiratör Kullanımı (Yok / Var)	414 (%70.6) / 172 (%29.4)

Tablo 2: Postoperatif Rezidüel Taş Varlığı ile İlişkili Faktörlerin Analizi

	Rezidü Taş Yok (n=457)	**Rezidü Taş Var (n=129)**	**p**
Yaş (Medyan)	51.0	47.0	0.003[a]
VKİ (Medyan)	26.4	25.3	0.011[a]
Maksimum Taş Boyutu (Medyan)	20	25	0.003[a]
Taş Yüzey Alanı (Medyan)	140	182	0.014[a]
Taş Dansitesi (HU, Medyan)	968	1039	0.120[a]
Cinsiyet (Kadın / Erkek)	342 (%78.3) / 115 (%77.2)	44 (%21.0) / 85 (%22.6)	0.643[b]
Geçmiş ESWL (Yok / Var)	342 (%78.3) / 115 (%77.2)	95 (%21.7) / 34 (%22.8)	0.784[b]
Aspiratör Kullanımı (Yok / Var)	316 (%76.3) / 141 (%82.0)	98 (%23.7) / 31 (%18.0)	0.133[b]

[a]*Independent-Samples Mann-Whitney U Testi;* [b] *Pearson Chi-Square / Fisher's Exact Testi.*

Tablo 3: İntraoperatif Aspiratör Kullanımının Komplikasyonlar ve Klinik Süreçler Üzerine Etkisi

	Aspiratör Yok (n=414)	**Aspiratör Var (n=172)**	**p**
İntraoperatif Komplikasyon, n (%)	23 (%5.6)	0 (%0.0)	0.002[b]
Postoperatif Komplikasyon, n (%)	70 (%16.9)	11 (%6.4)	0.001[b]
Operasyon Süresi (dk)	90	75	0.059[a]
Nefrostomi Kalış Süresi (Gün)	3	1	0.002[a]

[a]*Independent-Samples Mann-Whitney U Testi;* [b] *Pearson Chi-Square / Fisher's Exact Testi.*

SB-131) LAZER DESTEKLİ ENDOÜROLOJİK TAŞ CERRAHİLERİNİN ELEKTROKARDİYOGRAFİK DİSPERSİYON PARAMETRELERİ ÜZERİNE ETKİLERİ: PROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

ALİ AKKOÇ(1) UĞUR SOY(1) MAHMUT EMRE UYSAL(1) MURAT UÇAR(1) MURAT TOPÇUOĞLU(1)

1. ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ ALANYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Endoürolojik taş cerrahileri sırasında cerrahi stres, irrigasyon yükü, intrarenal basınç artışı ve anesteziye bağlı fizyolojik değişikliklerin kardiyak elektrofizyoloji üzerine etkileri olabileceği bilinmektedir. Bununla birlikte lazer kullanılan üreterorenoskopi (URS), fleksibl üreterorenoskopi (F-URS) ve mini perkütan nefrolitotomi (mini-PCNL) işlemlerinin elektrokardiyografik (EKG) dispersiyon parametreleri üzerine etkilerini değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada lazer destekli endoürolojik taş cerrahileri sonrasında gelişen EKG değişikliklerinin ve bu değişikliklerle ilişkili operatif faktörlerin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Prospektif olarak planlanan çalışmaya Ocak 2025–Aralık 2025 tarihleri arasında lazer kullanılan URS, F-URS ve mini-PCNL uygulanan 52 hasta dahil edildi. Tüm hastalarda operasyon öncesi ve sonrası 12 derivasyonlu EKG kayıtları alındı. Kalp hızı, PR, QRS, QT, QTc (Bazett ve Fridericia), QT dispersiyonu (QTd), P dispersiyonu (Pd), Tp-e ve Tp-e dispersiyonu değerlendirildi. Operasyon süresi, taş boyutu, lazer süresi, toplam lazer enerjisi, elektrolit değişiklikleri ve anestezi tipi ile EKG parametreleri arasındaki ilişkiler analiz edildi.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 45,5±13,5 yıl idi. Olguların 46'sına URS, 2'sine F-URS ve 4'üne mini-PCNL uygulandı. Postoperatif dönemde kalp hızında anlamlı azalma, QT intervali, QTc-Fridericia ve QRS süresinde anlamlı artış saptandı ($p<0,05$). P dispersiyonunda istatistiksel olarak anlamlı ancak sınırlı düzeyde artış izlendi. QT dispersiyonu, QTc-Bazett ve Tp-e dispersiyonunda anlamlı değişiklik saptanmadı. Operasyon süresi ile QT dispersiyonundaki değişim arasında pozitif korelasyon bulundu (rho=0,381; p=0,005). Operasyon süresi 60 dakikanın üzerinde olan hastalarda QT dispersiyon değişimi daha belirgindi. Taş boyutu, lazer süresi, toplam lazer enerjisi, elektrolit değişiklikleri ve anestezi tipi ile EKG değişiklikleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı

SONUÇ

Lazer destekli endoürolojik taş cerrahileri sonrasında bazı EKG parametrelerinde geçici değişiklikler meydana gelmektedir. Operasyon süresi, QT dispersiyonundaki değişim ile ilişkili bulunan tek operatif faktör olup perioperatif elektrofizyolojik değişikliklerde önemli rol oynayabilir. Buna karşın lazer süresi ve kullanılan toplam lazer enerjisinin kardiyak elektrofizyolojik değişikliklerle ilişkili olmadığı gösterilmiştir. Bulgularımız, gözlenen değişikliklerin lazer etkisinden çok operasyonun toplam fizyolojik yükü ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Daha geniş, çok merkezli prospektif çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Table 2. Comparison of preoperative and postoperative electrocardiographic parameters

Parameter	Preoperative	Postoperative
HR (bpm)	72.6 ± 12.6	63.0 ± 14.7*
PR interval (ms)	143.8 ± 25.4	149.8 ± 29.9
QRS duration (ms)	89.9 ± 14.0	95.3 ± 15.1*
QT interval (ms)	376.1 ± 30.3	408.5 ± 43.6*
QTc-Bazett (ms)	413.1 ± 29.5	416.6 ± 34.9
QTc-Fridericia (ms)	398.3 ± 29.1	412.1 ± 34.7*
QT dispersion (ms)	48.2 ± 20.0	51.6 ± 19.2
Tp-e dispersion (ms)	31.2 ± 9.5	30.7 ± 9.0
P dispersion (ms)	30.2 ± 8.7	31.7 ± 9.0*

Table 1. Baseline demographic and operative characteristics of the study population

Characteristic	Value
Number of patients, n	52
Age (years)	45.5 ± 13.5
Male sex, n (%)	43 (82.7)
Female sex, n (%)	9 (17.3)
Body mass Index (kg/m²)	25.9 ± 4.7
Stone size (mm)	9.6 ± 4.7
Operative time (min)	47.2 ± 19.3
URS, n (%)	46 (88.5)
F-URS, n (%)	2 (3.8)
Mini-PCNL, n (%)	4 (7.7)
Spinal anesthesia, n (%)	44 (84.6)
General anesthesia, n (%)	8 (15.4)

Note. Values are presented as mean ± standard deviation or number (%).

SB-132) ÜRETEROSKOPİ SONRASI DOUBLE-J STENTİN MESANE İÇİ UZUNLUĞUNUN STENT İLİŞKİLİ SEMPTOMLAR VE HASTANEDE YATIŞ SÜRESİNE ETKİSİ: 100 OLGULUK KARŞILAŞTIRMALI ANALİZ

ENES DOĞAN(1) AHMET SÜHEYL ÖZYEŞİL(1) MEHMET BUĞRA MERMER(1) ÜMİT ÖZDEMİR(1) MEHMET MESUT PİŞKİN(1) YUNUS EMRE GÖGER(1)

1. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Çeşitli nedenlerle URS yapılan 45 yaş altı hastalarda; postoperatif Direkt Üriner Sistem Grafisi'nde (DÜSG) ölçülen stentin mesane içi uzunluğunun (< 3 cm ve > 3 cm), Üreteral Stent Semptom Anketi (USSQ) skorları ve postoperatif hastanede yatış süreleri üzerindeki etkilerini karşılaştırmak.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde üreter taşı nedeniyle URS uygulanan ve postoperatif DJ stent takılan 45 yaş altı ardışık 100 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmanın homojenliğini sağlamak amacıyla ek komorbiditesi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalara takılmak üzere 4.8fr 28cm veya 4.8fr 26cm Geotek, Plastmed, Rüsch marka DJ stent kullanıldı. Hastalar, postoperatif 1. gün çekilen standart kalibrasyonlu DÜSG üzerinden yapılan mesane içi stent uzunluğu ölçümlerine göre iki eşit gruba ayrıldı: Grup 1 (Stent uzunluğu < 3 cm, n=50) ve Grup 2 (Stent uzunluğu > 3 cm, n=50). Hastaların preoperatif demografik verileri (yaş, cinsiyet, VKİ, boy uzunluğu) ile postoperatif dönemde değerlendirilen USSQ skorları ve hastanede yatış süreleri prospektif/retrospektif olarak kaydedilerek istatistiksel açıdan karşılaştırıldı.

BULGULAR

Her iki grup arasında yaş, cinsiyet dağılımı, vücut kitle indeksi (VKİ) ve ortalama boy uzunlukları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ve gruplar demografik olarak benzer bulundu ($p>0.05$).

Postoperatif DÜSG değerlendirmesinde mesane içi ortalama stent uzunluğu; Grup 1'de 2.4 ± 0.3 cm iken, Grup 2'de 5.6 ± 0.5 cm olarak ölçüldü ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.001$). Postoperatif konfor ve morbidite değerlendirildiğinde; Grup 2'deki >3 cm) hastaların ortalama USSQ skorlarının Grup 1'e kıyasla belirgin şekilde yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$). Benzer şekilde, postoperatif hastanede yatış süresi Grup 1'de ortalama 1.2 ± 0.3 gün iken, Grup 2'de 2.8 ± 0.4 gün olarak kaydedildi ve bu uzama istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

SONUÇ

URS sonrası takılan DJ stentlerin mesane içinde kalan kısmının uzunluğu, hastanın postoperatif konforunu doğrudan etkileyen kritik bir teknik parametredir. Çalışmamızda mesane içi stent uzunluğunun artması, daha yüksek USSQ skorları ve daha uzun hastanede yatış süresi ile ilişkili bulunmuştur. Hastanın anatomisine (özellikle boy uzunluğu ve üreter trasesine) uygun ideal boyutta stent seçimi yapmak ve DÜSG ile distal uç pozisyonunu doğrulamak, stent ilişkili semptomları minimize etmek adına standart bir yaklaşım olmalıdır.

SB-133) SPİNAL VE GENEL ANESTEZİNİN RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ SONUÇLARINA ETKİSİ: 160 HASTALIK RETROSPEKTİF KARŞILAŞTIRMA

GÖKTAN ALPTUĞ ÖZ(1) MUSTAFA OZAN ATAÇER(2) ABDULKADİR KANDEMİR(1) BATUHAN BERK TUNCA(3) GÖKHAN ÇEVİK(3)

1. DÖRTYOL DEVLET HASTANESİ
2. EŞME DEVLET HASTANESİ
3. Trakya üniversitesi tıp fakültesi, üroloji anabilimdalı

AMAÇ

Bu retrospektif çalışmada, RIRS uygulanan hastalarda spinal anestezi ile genel anestezi yöntemlerinin; postoperatif ağrı düzeyi (VAS), analjezik ihtiyacı, operasyon süresi, hastanede kalış süresi, komplikasyonlar ve taşsızlık oranları üzerine etkilerini karşılaştırmak amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2024 – Haziran 2025 tarihleri arasında RIRS uygulanan toplam 160 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar intraoperatif kullanılan anestezi yöntemine göre genel anestezi ve spinal anestezi olarak iki gruba ayrıldı. Demografik veriler, taş özellikleri, operasyon süresi, postoperatif VAS skorları (postop, 1., 2., 6. ve 12. saat), NSAİİ ihtiyacı, hastanede kalış ve komplikasyonlar kaydedildi. Veriler SPSS ile analiz edildi. Sürekli değişkenler için Independent Samples t-testi, kategorik değişkenler için Ki-kare testi uygulandı. $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Her iki grup yaş, cinsiyet, ASA skoru, taş boyutu ve Hounsfield ünitesi yönünden benzerdi. Operasyon süresi ve hastanede kalış süresi açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo1). Postoperatif VAS skorları genel anestezi grubunda anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0.01$). NSAİİ ihtiyacı genel anestezi grubunda belirgin şekilde daha fazlaydı ($p=0.01$). Taşsızlık oranları (SFR) spinal anestezi grubunda daha yüksek bulundu ($p=0.026$). Komplikasyonlar (Clavien-Dindo) açısından iki grup arasında anlamlı fark izlenmedi ($p=0.581$) (Tablo 2)

SONUÇ

RIRS operasyonlarında spinal anestezi, genel anesteziye kıyasla daha düşük postoperatif ağrı ve daha az analjezik ihtiyacı sağlamaktadır. Vaka süresi ve komplikasyon oranlarında farklılık saptanmaması RIRS'te uygun hastalarda spinal anestezinin güvenli ve etkin bir alternatif olduğunu desteklemektedir.

SB-134) RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİDE 'TOKSİK İKİLİ': PREOPERATİF STERİL PYÜRİ VE HİDRONEFROZUN ENFEKSİYÖZ KOMPLİKASYONLAR ÜZERİNE SİNERJİK ETKİSİ – RIRSEARCH GRUBUNUN ÇOK MERKEZLİ BİR ÇALIŞMASI

CEM BAŞATAÇ(1) MEHMET FATİH ŞAHİN(2) MUHAMMET FATİH ŞİMŞEKOĞLU(3) OKTAY ÖZMAN(4) HAKAN ÇAKIR(5) ÖNDER ÇINAR(6) HACI MURAT AKGÜL(7) KEREM TEKE(8) EYÜP BURAK SANCAK(9) CENK MURAT YAZICI(2) BÜLENT ÖNAL (3) HALUK AKPINAR(10)

1. DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
3. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
4. ÖZEL BAHÇELİEVLER MEMORİAL HASTANESİ
5. ÖZEL FULYA ACIBADEM HASTANESİ
6. ÖZEL MEDİCANA İNTERNATİONAL SAMSUN HASTANESİ
7. ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
8. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
9. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
10. ÖZEL FLORANCE NİGHTİNGALE HASTANESİ

AMAÇ

Biz bu çalışmada retrograd intrarenal cerrahi (RIRS) sonrası enfeksiyöz komplikasyonlar ve cerrahi başarı üzerinde eş zamanlı preoperatif pyüri ve klinik olarak anlamlı hidronefrozun, 'Toksik İkili' olarak kavramsallaştırılan, sinerjik etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif çok merkezli çalışma, RIRS uygulanan 1170 hastayı değerlendirmiştir. Başlıca karıştırıcı faktörleri ortadan kaldırmak için, pozitif preoperatif idrar kültürleri ve kalıcı JJ stenti olan hastalar çalışmadan kesinlikle dışlanmıştır. Hastalar, steril pyüri ve orta-şiddetli dereceli hidronefroz varlığına göre dört gruba ayrılmıştır. Postoperatif komplikasyonlar ve taşsızlık oranları (SFR) için bağımsız öngörücüleri belirlemek amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

BULGULAR

Genel postoperatif komplikasyonlar kohort genelinde anlamlı farklılık göstermiştir ($p = 0.013$). 'Toksik İkili' ile başvuran hastalar anlamlı derecede daha uzun hastanede kalış süresine (1.5 ± 1.3 gün, $p = 0.006$) ihtiyaç duymuş, en yüksek ek tedavi oranını (%15.7) sergilemiş ve en düşük taşsızlık oranına (%62.3) sahip olmuştur ($p < 0.001$). Çok değişkenli analiz, bu durumun bağımsız olarak taşsızlık durumuna ulaşma olasılığını azalttığını göstermiştir (OR: 0.59, $p = 0.008$). En önemlisi, genel enfeksiyöz ve majör komplikasyonlardaki artışlar istatistiksel anlamlılığa ulaşmazken, pyüri ve hidronefrozun sinerjik varlığının, yaşamı tehdit eden ürosepsis riskini 12 kattan fazla artırdığı tespit edilmiştir (OR: 12.34, $p = 0.045$).

SONUÇ

'Toksik İkili', RIRS'de son derece yüksek riskli bir klinik fenotipi temsil etmektedir. Bu obstrüktif ve inflamatuar sinerji, operatif etkinliği bozmakta ve sistemik enfeksiyon için kritik bir katalizör görevi görmektedir. Bu hastaların yönetimi, titiz bir preoperatif risk değerlendirmesi, hedefe yönelik optimizasyon ve aşamalı cerrahi stratejilerin proaktif olarak değerlendirilmesini gerektirmektedir.

Tablo 1: Ürosepsis Öngörücülerini Değerlendiren Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi

Öngörücü Değişkenler	Odds Oranı (OR)	%95 Güven Aralığı	p-değeri
Yaş (yıl)	1.07	0.98 - 1.17	0.120
Toplam Taş Hacmi (cm^3 başına)	0.88	0.38 - 2.02	0.761
Cinsiyet (Kadın vs. Erkek)	0.53	0.04 - 6.37	0.620
Birden Fazla Taş (Var vs. Yok)	5.16	0.44 - 60.52	0.191
Toksik İkili (Grup 4 vs. Diğerleri)	12.34	1.06 - 144.17	**0.045**

Not: Kalın yazılı p-değerleri istatistiksel anlamlılığı göstermektedir ($p < 0.05$). OR: Odds Oranı; CI: Güven Aralığı. Bağımlı değişken, ModifiyeClavien-Dindo Skoru Grade IVb olarak tanımlanan ürosepsis gelişimidir. Preoperatif JJ stenti olan hastalar bu analizden kesinlikle dışlanmıştır. Üreteral erişim kılıfı (UAS) kullanımı, yan tam ayrılma (tüm ürosepsis olaylarının UAS kullanılan hastalarda görülmesi) nedeniyle modelden dışlanmıştır. Toksik İkili, preoperatifpyüri ve hidronefrozun eş zamanlı varlığını (Grup 4) temsil etmektedir.

SB-135) RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİDE ÇİFT KLAVUZ TEL İLE TEK KLAVUZ TEL KULLANIMININ KARŞILAŞTIRILMASI: PROPENSİTY SKOR EŞLEŞTİRMELİ RIRSEARCH ÇALIŞMASI

MURAT AKGÜL(1) MEHMET SENCER SÖZEN(1) MEHMET FATİH ŞAHİN(2) HAKAN ÇAKIR(3) MUHAMMET FATİH ŞİMŞEKOĞLU(4) CEM BAŞATAÇ(5) OKTAY ÖZMAN(6) KEREM TEKE(7) ÖNDER ÇINAR(8) DUYGU SIDDIKOĞLU(9) CENK MURAT YAZICI(2) EYÜP BURAK SANCAK(9) BARBAROS BAŞESKİOĞLU(3) HALUK AKPINAR(5) BÜLENT ÖNAL(4)

1. ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
3. ÖZEL ACIBADEM HASTANESİ
4. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
5. FLORENCE NİGHTİNGALE
6. ÖZEL MEMORİAL HASTANESİ
7. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
8. MEDİCANA HASTANESİ
9. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Retrograd intrarenal cerrahi (RIRS) sırasında üreteral erişim kılıfı (UAS) yerleştirilmesinden önce kullanılan tek klavuz tel ile çift klavuz tel (UAS için çalışma teli + UAS yanındaki safety wire) kullanımına kıyasla taşsızlık oranı, işlem süresi, üreteral hasar ve komplikasyon oranları başta olmak üzere per-operatif ve post-operatif sonuçların karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

RIRSearch veritabanı kullanılarak yapılan retrospektif vaka-kontrol eşleştirmeli çalışmada, 18 yaş altı hastalar, üreteral striktür, gebelik, anatomik anomali, önceki üreteral rekonstrüksiyon double j stent veya nefrostomi varlığı olan hastalar dışlandı. Hastalar tek guidewire (UAS'ın ek safety wire kullanılmadan tek guidewire üzerinden yerleştirildiği) ve çift guidewire (çalışma guidewire'ı + UAS yanından safety guidewire) gruplarına ayrıldı. Bu çalışmada öncelikli olarak per-operatif üreteral hasar/komplikasyon değerlendirildi. Ayrıca operasyon süresi, post-operatif + total komplikasyon oranları, taşsızlık oranı karşılaştırıldı.

BULGULAR

Toplam 1012 hasta çalışmaya dahil edildi. Propensity skor eşleştirmesi (taş boyutu, lokalizasyon, prestent durumu, UAS çapı, yaş, BMI, CCI ve hidronefroz için) sonrası 253 tek-guide ve 261 çift-guide hasta karşılaştırıldı; iki grup baseline özellikler açısından dengeliydi (tüm $p>0.05$). Primer sonlanım noktası olan per-operatif üreteral komplikasyon oranı çift guide kullanılan grupta daha az olsa da iki grup arasında istatistikel olarak anlamlı farklılık göstermedi (%1.3 vs %1.2, $p=0.149$). Operasyon süresi double-guide grubunda istatistiksel anlamlı olmasa da daha kısaydı (60 vs 64 dk, $p=0.141$). Postoperatif komplikasyon oranı (%5.1 vs %5.2, $p<0.832$) ve toplam komplikasyon oranı (%8.0 vs %8.2, $p=0.705$) ve taşsızlık oranı (%84.2 vs %85.1, $p=0.608$) arasında anlamlı fark izlenmedi. Propensity skor eşleştirmesi sonrası demografik, pre-operatif, per-operatif ve post-operatif verilerin karşılaştırılması Tablo-1'de sunuldu.

SONUÇ

Geleneksel yaklaşım güvenlik amacıyla çift-guide kullanımı önerse de, bu pratiğin rutin kullanımı tartışmalıdır.Çalışmamızda per-operatif üreteral komplikasyon açısından anlamlı bir fark saptanmadı; bu bulgu, seçilmiş RIRS olgularında tek guide kullanımının güvenlik profilinin çift guide'a benzer olabileceğini düşündürmektedir. Bu konuda yapılacak prospektif randomize çalışmalar özellikle deneyimli cerrahların tek-guide kullanımı ile ilgili operasyon sonuçlarını daha iyi ortaya koyacaktır.

Tablo 1 — Propensity Skor Eşleştirme Sonrası Demografik, Pre-operatif, Per-operatif ve Post-operatif Verilerin Karşılaştırılması

	Tek-guide	Çift-guide	p
n	253	261	
Yaş (yıl)	43.0 [34.0–55.0]	44.0 [36.0–54.0]	0.812
Cinsiyet (erkek) (%)	63.2	61.6	0.683
BMI (kg/m²)	27.0 [25.0–29.0]	26.7 [24.5–29.2]	0.154
Age-adjusted CCI	0.0 [0.0–2.0]	1.0 [0.0–2.0]	0.118
Preop JJ stenting (%)	24.0	24.6	0.898
Taş boyutu AP (mm)	14.0 [8.0–17.0]	14.0 [6.8–17.0]	0.204
Hidronefroz varlığı (%)	52.5	54.9%	0.543
Operasyon süresi (dk.)	64.0 [49.0–90.0]	60.0 [45.0–75.0]	0.141
Perop üreteral komplikasyon (%)	1.3	1.2	0.149
Postop komplikasyon (%)	5.1	5.2	0.832
Total komplikasyon (%)	8.0	8.2	0.705
Taşsızlık oranı (%)	84.2	85.1	0.608

SB-136) TURP SONRASI ÜRETRAL DARLIK TAHMİNİ: PROSTATİK ÜRETRA UZUNLUĞU EK BİR DEĞER KATIYOR MU?

KEMAL KAYAR(1) RIDVAN KAYAR(1) DİLARA SOYERGİN ALTAŞ(1) ŞAFAK GÖZÜKARA(1) ÇAĞATAY TOSUN(1) ÖMER ERGİN YÜCEBAŞ(1)

1. HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Transüretral prostat rezeksiyonu (TURP) sonrası üretra darlığı, yeniden girişim gerektirebilen önemli bir geç komplikasyondur. Bu çalışmada, preoperatif prostat manyetik rezonans görüntülemesinde sagittal kesitte ölçülen prostatik üretra uzunluğu (PÜU) ile perioperatif ve erken postoperatif değişkenlerin TURP sonrası üretra darlığı gelişimini öngörmedeki rolünün değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2021-Ocak 2025 arasında merkezimizde TURP uygulanan hastalar retrospektif olarak tarandı. En az 12 ay takip edilen ve preoperatif prostat MRG'si bulunan hastalar çalışmaya dahil edildi. Toplam 612 hastanın 243'ünde uygun kesitsel inceleme olmaması, 49'unda eşlik eden mesane tümörü, 11'inde prostat kanseri bulunması ve 25 hastanın takiplerine merkezimizde devam etmemesi/ulaşılamaması nedeniyle dışlama sonrası 284 hasta analiz edildi. Primer sonlanım TURP sonrası üretra darlığıydı. Demografik, klinik, preoperatif, intraoperatif ve erken postoperatif değişkenler karşılaştırıldı; darlık gelişimine kadar geçen süre Cox regresyon analizi ile değerlendirildi.

BULGULAR

Medyan takip süresi 18,5 aydı ve 21 hastada (%7,4) üretra darlığı gelişti. Darlık gelişen hastalarda PÜU daha uzun olma eğilimindeydi [6,4 (5,4-6,8) cm vs. 5,6 (4,9-6,5) cm; p=0,071]. Monopolar enerji kullanımı darlık gelişen grupta daha sıktı (%81,0 vs. %54,0; p=0,017); ancak çok değişkenli analizde bağımsız belirleyici değildi. Peroperatif üretrotomi/Otis üretrotomi/meatotomi öyküsü (%28,6 vs. %8,4; p=0,010), postoperatif üriner sistem enfeksiyonu (%52,4 vs. %10,3; p<0,001) ve postoperatif retansiyon (%38,1 vs. %0,8; p<0,001) darlık gelişen grupta anlamlı olarak daha yüksekti. Çok değişkenli Cox analizinde PÜU'daki her 1 cm artış (HR:1,452; %95 GA:1,034-2,039; p=0,032), peroperatif üretrotomi/Otis/meatotomi (HR:3,451; %95 GA:1,130-10,540; p=0,030), postoperatif üriner sistem enfeksiyonu (HR:4,611; %95 GA:1,692-12,561; p=0,003) ve postoperatif retansiyon (HR:8,473; %95 GA:2,635-27,243; p<0,001) üretra darlığı gelişimi için bağımsız risk faktörleri olarak saptandı.

SONUÇ

TURP sonrası üretra darlığı gelişimi yalnızca hasta özellikleriyle değil, anatomik, intraoperatif ve erken postoperatif faktörlerle ilişkilidir. Uzun PÜU'ya sahip hastalarda operasyon planlaması yapılırken üretral travmanın en aza indirilmesi, gereksiz üretral girişimlerden kaçınılması, enfeksiyonun erken tanı-tedavisi ve retansiyonun önlenmesine yönelik yakın izlem, darlık riskini azaltabilecek temel klinik stratejiler olarak öne çıkmaktadır.

Değişkenler	-	Üretra darlığı gelişen grup, n=21	Üretra darlığı gelişmeyen grup, n=263	p	Yaş, yıl	_
67 (63-70)	65 (61-70)	0.357	VKİ, kg/m2	-	26 (24-28.5)	27 (24-30)
0.217	HT	Yok	11 (52.4)	154 (58.6)	0.581	-
Var	10 (47.6)	109 (41.4)	-	DM	Yok	16 (76.2)
201 (76.4)	0.980	-	Var	5 (23.8)	62 (23.6)	-
KRY	Yok	12 (57.1)	107 (40.7)	0.141	-	Var
9 (42.9)	156 (59.3)	-	KAH/PAH	Yok	15 (71.4)	206 (78.3)
0.464	-	Var	6 (28.6)	57 (21.7)	-	Alfa bloker
Yok	10 (47.6)	99 (37.6)	0.366	-	Var	11 (52.4)
164 (62.4)	-	5-ARİ	Yok	9 (42.9)	158 (60.1)	0.123
-	Var	12 (57.1)	105 (39.9)	-	Antikolinerjik	Yok
18 (85.7)	249 (94.7)	0.121	-	Var	3 (14.3)	14 (5.3)
-	IPSS	-	24 (17-29)	26 (20-29)	0.314	IPSS grupları
Hafif	3 (15.8)	27 (10.8)	0.415	-	Orta	6 (31.6)
71 (28.3)	-	-	Şiddetli	10 (52.6)	153 (61.0)	-
Yaşam Kalitesi Skoru	-	4 (4-5)	5 (4-5)	0.441	PSA	-
6 (2.5-12.4)	5.5 (3.3-8.9)	0.554	PV	-	102 (57-114)	80 (61-114)
0.344	Prostatik üretra uzunluğu, cm	-	6.4 (5.4-6.8)	5.6 (4.9-6.5)	0.071	İnguinal herni
Yok	20 (95.2)	236 (89.7)	0.705	-	Var	1 (4.8)
27 (10.3)	-	Mesane taşı	Yok	18 (85.7)	198 (75.3)	0.281
-	Var	3 (14.3)	65 (24.7)	-	Mesane Divertikülü	Yok
18 (85.7)	237 (90.1)	0.460	-	Var	3 (14.3)	26 (9.9)
-	Medyan lob	Yok	9 (42.9)	76 (28.9)	0.179	-
Var	12 (57.1)	187 (71.1)	-	Qmaksimum ml/sn	-	6.0 (2.0-9.6)
7 (2-10)	0.797	Qortalama, ml/sn	-	2.4 (1.0-4.3)	3 (1-5)	0.475
PMRIV, ml	-	50 (15-85)	40 (0-100)	0.723	Preop sondalanma öyküsü	Yok
12 (57.1)	155 (58.9)	0.872	-	Var	9 (42.9)	108 (41.1)
-	Rekürren İYE öyküsü	Yok	18 (85.7)	210 (79.8)	0.776	-
Var	3 (14.3)	53 (20.2)	-	Ameliyat süresi, dakika	-	95 (120-75)
95 (70-120)	0.798	Enerji kaynağı	Monopolar	17 (81.0)	142 (54.0)	0.017
-	Bipolar	4 (19.0)	121 (46.0)	-	Perop darlık öyküsü	Yok
15 (71.4)	241 (91.6)	0.010	-	Var	6 (28.6)	22 (8.4)
-	Sonda çıkarılma zamanı, gün	-	3 (2-8)	3 (2-7)	0.897	Postop İYE öyküsü
Yok	10 (47.6)	235 (89.7)	<0.001	-	Var	11 (52.4)
27 (10.3)	-	Postop Retansiyon öyküsü	Yok	13 (61.9)	261 (99.2)	<0.001
-	Var	8 (38.1)	2 (0.8)	-	Takip süresi, ay	-
24 (12-38)	18 (12-40)	0.747				

Demografik, Klinik ve Laboratuvar Verileri

Tablo 2. Tek yönlü ve Çok yönlü cox regresyon analizi sonuçları

Değişkenler	Tek Yönlü Cox Regresyon Analizi			Çok Yönlü Cox Regresyon Analizi		
	Etki Düzeyi	HR (GA)	p	Etki Düzeyi	HR (CI)	p
Prostatik üretra uzunluğu (her 1 birimlik artış)	0.264	1.302 (0.925-1.834)	0.130	0.373	1.452 (1.034-2.039)	**0.032**
Enerji kaynağı (ref. monopolar)	-1.203	0.300 (0.101-0.894)	**0.031**	-0.282	0.754 (0.224-2.541)	0.649
Perop İÜ	1.420	4.136 (1.601-10.682)	**0.003**	1.239	3.451 (1.130-10.540)	**0.030**
Postop İYE	2.093	8.113 (3.438-19.146)	**<0.001**	1.528	4.611 (1.692-12.561)	**0.003**
Postop retansiyon	3.266	26.217 (10.572-65.018)	**<0.001**	2.137	8.473 (2.635-27.243)	**<0.001**

SB-138) VAKUM YARDIMLI VE STANDART ÜRETER ERİŞİM KILIFLARININ KARŞILAŞTIRILMASI: CERRAHİ DİNAMİKLER, TAŞSIZLIK VE HASTA KONFORU ÜZERİNE ETKİLERİ

GÜVEN ERBAY(1) MUSTAFA KILIÇARSLAN(1)

1. KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

AMAÇ

Retrograd intrarenal cerrahi (RIRS) uygulamalarında intraoperatif yüksek böbrek içi basınç ve taş tozlarının görüşü kapatması, cerrahi başarıyı olumsuz etkileyen ve enfeksiyöz komplikasyonları artıran temel faktörlerdir. Vakum yardımlı üreter erişim kılıfları, aktif aspirasyon ile böbrek içi basıncı düşürmeyi ve taş fragmanlarını eş zamanlı temizlemeyi amaçlamaktadır. Bu çalışmada, vakum yardımlı kılıf ile standart kılıf kullanımının taşsızlık, komplikasyon, lazer etkinliği ve postoperatif ağrı dinamikleri üzerindeki etkilerini karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde Ocak 2024 ile Mart 2026 tarihleri arasında tek taraflı fURS uygulanan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Hastalar ameliyatta kullanılan kılıf tipine göre iki gruba ayrıldı: Grup 1 (Standart kılıf, n=84) ve Grup 2 (Vakum yardımlı kılıf, n=76). Tüm vakalarda yüksek güçlü Holmium Fiber Lazer kullanıldı. Taş boyutu, lokalizasyonu, toplam operasyon süresi, net lazer aktivasyon süresi, postoperatif 6. ve 24. saat Görsel Analog Skala (VAS) ağrı skorları, analjezik ihtiyaçları ve postoperatif Sistemik İnflamatuar Yanıt Sendromu (SIRS) kriterleri kaydedildi. Taşsızlık, postoperatif 1. ayda bilgisayarlı tomografide 2 mm veya altı rezidüel fragman kalması olarak tanımlandı.

BULGULAR

Her iki grubun demografik verileri ve ortalama taş boyutları benzerdi (Grup 1: 14.6 mm, Grup 2: 15.1 mm, $p>0.05$). Genel taşsızlık oranları Grup 2'de daha yüksek izlense de istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Grup 1: %80.9, Grup 2: %88.1, $p=0.21$). Ancak yapılan alt grup analizlerinde; 15 mm üzerindeki taşlarda taşsızlık oranı vakum yardımlı grupta anlamlı derecede yüksekti (%68.2'ye karşılık %84.6, $p=0.031$). Benzer şekilde alt kaliks yerleşimli taşlarda da vakum yardımlı grup anlamlı olarak daha üstündü (%71.4'e karşılık %89.2, $p=0.018$). Net lazer süresinin toplam ameliyat süresine oranı (Lazer Aktivasyon İndeksi) vakum yardımlı grupta kesintisiz intraoperatif görüş sağlanması nedeniyle anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı (0.42'ye karşılık 0.56, $p<0.001$). Postoperatif SIRS gelişme oranı vakum yardımlı grupta anlamlı derecede düşüktü (%14.2'ye karşılık %3.9, $p=0.024$). Postoperatif 6. saat VAS ağrı skoru (4.2'ye karşılık 2.8, $p<0.001$) ve hastanede kalış süresince ek analjezik ihtiyacı (%38.0'e karşılık %15.7, $p=0.002$) vakum yardımlı grupta anlamlı olarak daha düşük bulundu.

SONUÇ

Vakum yardımlı üreter erişim kılıfları, özellikle 15 mm üzerindeki büyük taş yüklerinde ve alt kaliks yerleşimlerinde taşsızlık başarısını belirgin şekilde artırmaktadır. Sürekli aspirasyon sayesinde sağlanan net intraoperatif görüş, cerrahın bekleme sürelerini azaltarak lazer enerjisinin daha efektif kullanılmasını sağlamaktadır. En önemlisi, düşürülen böbrek içi basınç sayesinde postoperatif enfeksiyöz komplikasyon riskini minimize etmekte; renal kapsül gerilimini engelleyerek postoperatif ağrıyı ve analjezik ihtiyacını azaltıp hasta konforuna doğrudan katkı sunmaktadır.

Tablo 1: Gruplar Arası Karşılaştırmalı Analiz

Klinik ve Operatif Parametreler	Grup 1: Standart Kılıf (n=84)	Grup 2: Vakum Yardımlı Kılıf (n=76)	p Değeri
Ortalama Taş Boyutu (mm)	14.6 ± 3.2	15.1 ± 3.5	>0.05
Genel Taşsızlık Oranı (SFR) (%)	%80.9	%88.1	0.210
15 mm Üzerindeki Taşlarda SFR (%)	%68.2	%84.6	**0.031**
Alt Kaliks Taşlarında SFR (%)	%71.4	%89.2	**0.018**
Lazer Aktivasyon İndeksi (Lazer/Toplam Süre)	0.42 ± 0.08	0.56 ± 0.09	**<0.001**
Postoperatif SIRS Gelişimi (%)	%14.2	%3.9	**0.024**
Post-op 6. Saat VAS Ağrı Skoru	4.2 ± 1.1	2.8 ± 0.9	**<0.001**
Ek Analjezik Tüketim İhtiyacı (%)	%38.0	%15.7	**0.002**

SB-139) ROBOT YARDIMLI RADİKAL PROSTATEKTOMİDE PERİTONEAL RETZİUS YAKLAŞTIRMASININ ERKEN POSTOPERATİF DERLENMEYE ETKİSİ

ÖMER FARUK ÖRNEK(1) KAMİL KÜL(2) MEHMET SENCER SÖZEN(2) EYÜP VELİ KÜÇÜK(3) MURAT AKGÜL(2)

1. hakkari devlet hastanesi
2. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi
3. Memorial Göztepe Hastanesi

AMAÇ

Transperitoneal robot yardımlı radikal prostatektomi (RARP) sırasında uygulanan peritoneal rekonstrüksiyonun ve Peritoneal Retzius Yaklaştırma (PRY) tekniğinin perioperatif güvenlik ve erken postoperatif derlenme üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

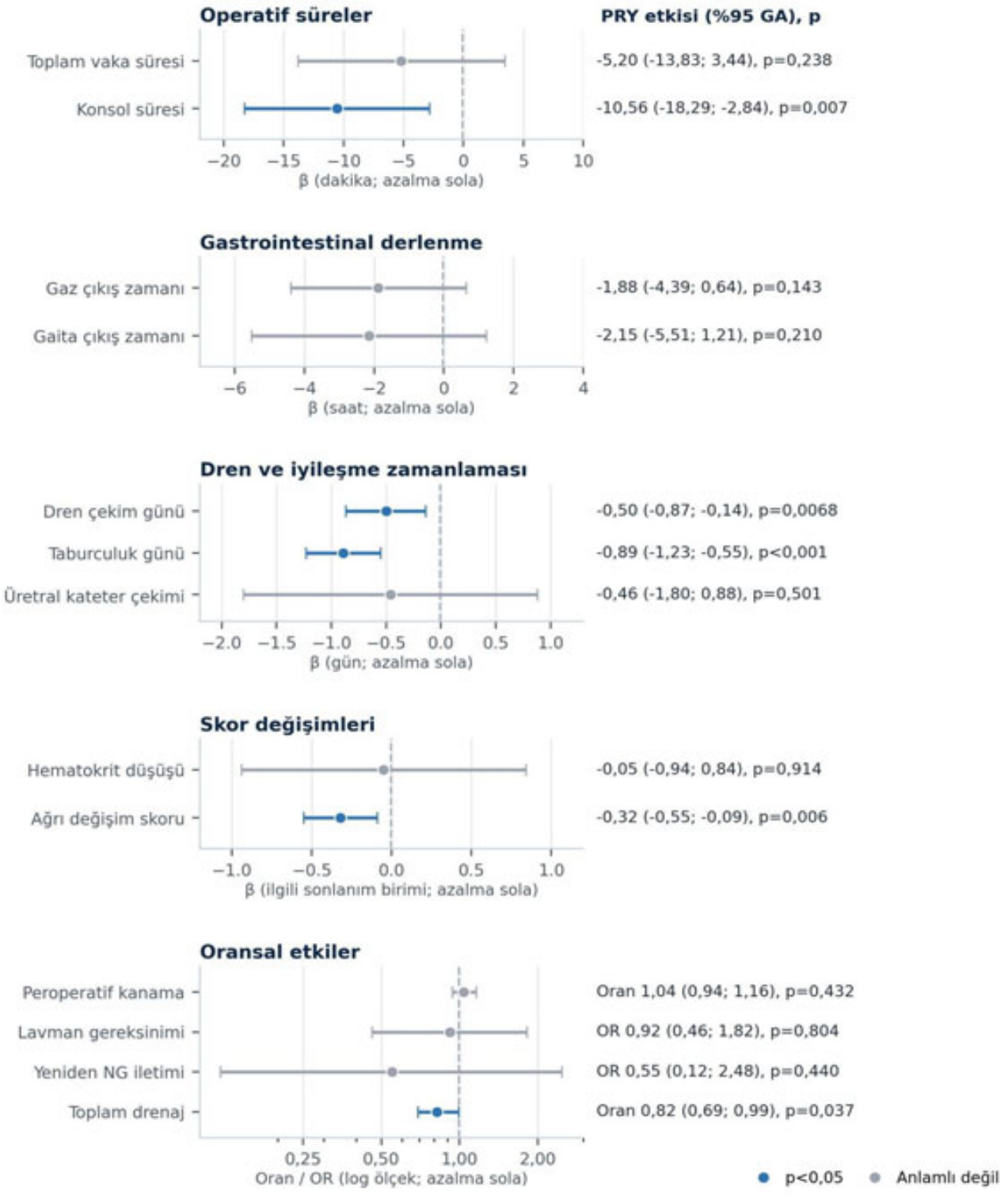
Etik kurul onaylı bu retrospektif kohortta, 1 Ocak 2020-1 Temmuz 2025 arasında tek cerrah tarafından transperitoneal RARP uygulanan 160 hasta (80 PRY, 80 kontrol) incelendi. PRY ve kontrol gruplarının ortalama takip süreleri sırasıyla 3,06 ± 0,50 ay ve 46,73 ± 3,90 ay idi. PRY'de serbest kaudal periton, sızdırmazlık testi sonrası 3-0 poliglaktin sütürle vezikoüretral anastomozun yaklaşık 2 cm kraniyalindeki mesane ön yüzü yağlı dokusuna tespit edilerek mesane ön yüzü yeniden peritonize edildi. Çok değişkenli modeller yaş, kilo, beden kitle indeksi ve lenf nodu diseksiyonu için düzeltildi.

BULGULAR

Gruplar temel demografik ve hastalık özellikleri bakımından genel olarak benzerdi; Charlson komorbidite indeksi PRY grubunda hafifçe daha yüksekti (p=0,026). Düzeltilmiş analizlerde PRY, dren çekiminin 0,50 gün daha erken olması (ß=-0,50; %95 güven aralığı [GA]: -0,87 ila -0,14; p=0,0068), taburculuğun 0,89 gün öne çekilmesi (ß=-0,89; %95 GA: -1,23 ila -0,55; p<0,001) ve toplam drenajın %18 azalmasıyla (oran=0,82; %95 GA: 0,69-0,99; p=0,037) ilişkiliydi. Ağrı değişim skorunun gruplar arası düzeltilmiş farkı PRY lehine 0,32 puandı (ß=-0,32; %95 GA: -0,55 ila -0,09; p=0,006). Toplam vaka süresi, kanama/hematokrit değişimi, gastrointestinal derlenme ve üretral kateter çekim günü etkilenmedi; semptomatik lenfosel oranları %3,8 ve %5,0 idi (p=1,000). PRY'nin düzeltilmiş perioperatif ve erken postoperatif etkileri Şekil 1'de sunuldu.

SONUÇ

Bu tek merkezli, tek cerrah serisinde PRY; değerlendirilen perioperatif güvenlik göstergelerini olumsuz etkilemeden daha erken dren çekimi, daha düşük drenaj ve daha kısa yatışla ilişkiliydi. Gruplar arası ağrı farkı küçüktü; geç dönem üstünlük gösterilemedi.



Şekil 1. PRY'nin düzeltilmiş perioperatif ve erken postoperatif etkileri.
Noktalar etki tahminini, yatay çizgiler %95 güven aralığını gösterir. Kesikli çizgi etkisizlik değeridir (β=0; oran/OR=1). Mavi sonuçlar p<0,05, gri sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Modeller ilgili analiz planına göre yaş, kilo, beden kitle indeksi ve lenf nodu diseksiyonu için düzeltilmiştir.

SB-140) ACİL SERVİSTE RENAL KOLİK NEDENİYLE ÇEKİLEN KONTRASTSIZ BATIN BT RAPORLARINDA BÜYÜK DİL MODELİ İLE ÜROLOJİK BULGULARIN OTOMATİK ÇIKARIMI: REFERANS STANDART İLE KARŞILAŞTIRMALI RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

MUSTAFA OZAN ATAÇER(1) AHMET ATSIZ(2)

1. EŞME DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, UŞAK
2. EŞME DEVLET HASTANESİ, ACİL SERVİS KLİNİĞİ, UŞAK

AMAÇ

Renal kolik üroloji pratiğinde acil servislere başvuruda en sık nedenlerden birisidir ve tanısında kontrastsız batın/pelvis bilgisayarlı tomografi (BT) yaygın olarak kullanılmaktadır. Son yıllarda büyük dil modellerinin radyoloji raporlarının yorumlanmasındaki başarısı dikkat çekmektedir. Bu çalışmada, acil serviste renal kolik ön tanısıyla çekilen kontrastsız batın BT rapor bulgularının değerlendirilmesinde yapay zekânın performansını, uzman değerlendirmesi referans standart alınarak değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2024–Temmuz 2026 tarihleri arasında Eşme Devlet Hastanesi Acil Servisi'ne renal kolik şikâyetiyle başvuran ve kontrastsız batın/pelvis bilgisayarlı tomografi (BT) çekilen hastaların, hizmet alımı kapsamında hastane dışı radyologlar tarafından hazırlanan BT raporları retrospektif olarak incelendi. Rapor metinleri anonimleştirildikten sonra, farklı büyük dil modelleri pilot veri seti üzerinde çıkarım başarısı ve işlem maliyeti açısından karşılaştırıldı; nihai analizlerde en uygun bulunan büyük dil modeli (Claude Haiku 4.5, Anthropic) standart bir istem (prompt) kullanılarak uygulandı. Model tarafından radyoloji raporlarından yapılandırılmış veriler elde edildi, bu çalışmada ürolojik açıdan klinik önemi bulunan nefrolitiazis ve hidronefroz bulguları analiz edildi. Aynı raporlar, büyük dil modeli çıktılarından habersiz bir acil tıp uzmanı tarafından bağımsız olarak değerlendirilerek referans standart oluşturuldu. Büyük dil modelinin performansı, referans standart ile karşılaştırılarak duyarlılık, özgüllük, pozitif prediktif değer, negatif prediktif değer, doğruluk ve Cohen'in kappa (k) uyum katsayısı kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel analizler R (sürüm 4.4.1) yazılımı ile gerçekleştirildi.

BULGULAR

Çalışmaya yaş ortalaması 46,8±14,2 yıl olan 600 hasta dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de ayrıntılı olarak verildi.

Yapay zekâ, renal taş varlığının saptanmasında %98,9 duyarlılık, %97,4 özgüllük, %99,6 PPV, %92,6 NPV ve %98,7 doğruluk gösterdi. Yapay zekâ ile hekim değerlendirmeleri arasında; nefrolitiazis için k=0,958 ve hidronefroz saptanması için k=0,918 olarak hesaplandı ve tüm parametrelerde çok iyi (almost perfect) düzeyde uyum saptandı. Yapay zekanın değerlendirdiğimiz parametrelerdeki tanısal performansı ile uzman hekim değerlendirmesi arasındaki uyum Tablo 2'de gösterildi.

SONUÇ

Büyük dil modeli, kontrastsız batın/pelvis BT raporlarından nefrolitiazis ve hidronefroz gibi klinik açıdan önemli bulguların otomatik olarak çıkarılmasında yüksek tanısal performans ve hekim değerlendirmeleri ile mükemmele yakın uyum sergilemiştir. Bu sonuçlar, büyük dil modellerinin radyoloji raporlarından klinik olarak anlamlı bilgilerin güvenilir şekilde çıkarılmasında etkili olduğunu ve acil serviste karar destek sistemlerinin geliştirilmesine katkı sağlayabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, yapay zekânın klinik uygulamadaki rolünün prospektif ve çok merkezli çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

Tablo 1. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri (n=600)

Değişken	Değer
Yaş (yıl), ortalama ± SS	46,8 ± 14,2
Erkek cinsiyet, n (%)	391 (%65,2)
Kadın cinsiyet, n (%)	209 (%34,8)
BT'de taş saptanan hasta, n (%)	522 (%87,0)
Hidronefroz varlığı, n (%)	444 (%74,0)
Taş tarafı	
Sağ	243 (%40,5)
Sol	251 (%41,8)
Bilateral	28 (%4,7)
Taş saptanmayan	78 (%13,0)
Taş lokalizasyonu	
Renal pelvis	118 (%19,7)
Proksimal üreter	81 (%13,5)
Orta üreter	67 (%11,2)
Distal üreter	243 (%40,5)
Üreterovezikal bileşke (UVJ)	13 (%2,2)
Taş saptanmayan	78 (%13,0)
Taş sayısı	
Tek taş	431 (%71,8)
Çoklu taş	91 (%15,2)
Taş saptanmayan	78 (%13,0)
Maksimum taş boyutu (mm), ortalama ± SS	5,9 ± 2,8
Taş boyutu	
<5 mm	211 (%40,4)
5–10 mm	253 (%48,5)
>10 mm	58 (%11,1)

Tablo 2. Yapay Zekânın Tanısal Performansı ve Hekim ile Uyumu

Parametre	Duyarlılık (%)	Özgüllük (%)	PPV (%)	NPV (%)	Doğruluk (%)	Kappa (κ)
Renal taş varlığı	98,9	97,4	99,6	92,6	98,7	**0,958**
Hidronefroz varlığı	97,8	96,8	98,2	95,9	97,5	**0,918**
Taş tarafı	98,1	99,0	98,8	98,5	98,6	**0,962**
Taş lokalizasyonu	96,2	98,4	97,3	97,5	97,3	**0,906**
Taş sayısı	94,8	97,6	95,7	97,0	96,3	**0,872**

SB-141) YENİ NESİL ROBOTİK PLATFORMLARIN RADİKAL PROSTATEKTOMİDE ERKEN DÖNEM KARŞILAŞTIRMASI: DA VİNCİ Xİ'DA TECRÜBELİ BİR KLİNİĞİN DA VİNCİ SP VE HUGO RAS İLK DENEYİMLERİ

MUSTAFA MÜDÜROĞLU(1) AHMET GÜRBÜZ(1) UMUT CAN KARAARSLAN(1) HALİL YİĞİT ÇELİK(1) ALP ERŞAN ÇAĞLAR(1) ERSİN KÖSEOĞLU(1) YAKUP KORDAN(1) MEVLANA DERYA BALBAY(1) TARIK ESEN(1) ABDULLAH ERDEM CANDA(1)

1. KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTES ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

AMAÇ

Robot yardımlı radikal prostatektomi (RARP) pratiğinde uzun yıllardır deneyimli olan bir klinikte standart multiport sistemlere alternatif geliştirilen tek portlu Da Vinci SP ve bağımsız kol mimarisine sahip Hugo RAS sistemlerinin ilk 10 vakalık klinik deneyimlerini, perioperatif ve postoperatif parametreler açısından karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde, Da Vinci SP (n=10) ve Hugo RAS (n=10) platformları kullanılarak gerçekleştirilen ilk 10'ar vaka geriye dönük olarak incelendi. Hastaların preoperatif demografik özellikleri (yaş, vücut kitle indeksi [VKİ], preoperatif PSA değerleri ve prostat hacimleri) kaydedildi. İki sistemin cerrahi öğrenme eğrisini ve adaptasyon sürecini değerlendirmek amacıyla peroperatif veriler (docking [kenetlenme] süresi, toplam operasyon süresi, tahmini kan kaybı [EBL]) ve postoperatif erken dönem çıktıları (hastanede kalış süresi [LOS], postoperatif erken dönem komplikasyonları, dren alınma günü, sonda alınma günü ve pozitif cerrahi sınır [PSM] oranları) karşılaştırmalı olarak analiz edildi.

BULGULAR

Her iki hasta grubunun preoperatif demografik özellikleri ve tümör karakteristikleri (yaş, VKİ, prostat volümü ve preop PSA) benzerdi. Peroperatif veriler incelendiğinde; Da Vinci SP sisteminin tek portlu mimarisine bağlı olarak ortalama docking süresi Hugo RAS grubuna göre belirgin olarak daha kısa izlendi (5.8 dk'ya karşılık 9.6 dk). Toplam operasyon süresi Da Vinci SP grubunda ortalama 120.0 dakika iken, Hugo RAS grubunda 168.3 dakika olarak hesaplandı. Tahmini kan kaybı her iki grupta da oldukça düşük ve minimal invaziv cerrahi standartlarıyla uyumlu bulundu (SP: 90.0 ml vs. Hugo RAS: 133.3 ml). Postoperatif takiplerde; her iki grupta da hastanede kalış süreleri eşit olup (ortalama 5.1 gün), hastaların dren ve üretral sondalarının alınma süreleri gruplar arasında istatistiksel ve klinik bir farklılık göstermedi. Da Vinci SP kolunda endoskopik bir işlem gerektiren bir hasta haricinde her iki grupta da Clavien-Dindo Evre III ve üzeri majör bir komplikasyon gözlenmedi. PSM oranları, SP grubunda %30(3) , Hugo RAS grubunda ise %40.0 (4)olarak saptandı.

SONUÇ

Verilerimiz, hem Da Vinci SP'un hem de Hugo RAS sistemlerinin, RARP için güvenle uygulanabilir platformlar olduğuna işaret etmektedir. İlk 10 vakalık serilerde Da Vinci SP sisteminde docking ve toplam operasyon süreleri daha kısa bulunurken, tahmini kan kaybı, hastanede kalış, dren ve sonda alınma süreleri ile majör komplikasyon oranları her iki sistemde benzerlik göstermiştir. Erken dönem onkolojik sonuçların ve öğrenme eğrisinin daha net değerlendirilebilmesi için her iki platformda da artan vaka sayıları ile yapılacak uzun dönem takipli çalışmalara ihtiyaç vardır.

SB-142) ROBOTİK PARSİYEL NEFREKTOMİ SONRASI CERRAHİ SINIR POZİTİF HASTALARDA ORTA DÖNEM ONKOLOJİK TAKİP SONUÇLARIMIZ

AHMET GÜRBÜZ(1) ŞEVVAL MEŞE(1) ALP ERŞAN ÇAĞLAR(1) KAYRA ORAK(1) UMUT FIRAT UÇAR(1) ERSİN KÖSEOĞLU(1) MERT KILIÇ(2) ABDULLAH ERDEM CANDA(1) MEVLANA DERYA BALBAY(1) TARIK ESEN(1) YAKUP KORDAN(1)

1. KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI
2. VKV AMERİKAN HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ

AMAÇ

Robotik parsiyel nefrektomi sonrası patolojik incelemede cerrahi sınır pozitifliği saptanan böbrek tümörlü hastaların orta dönem onkolojik takip sonuçlarını değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde Ocak 2013–Haziran 2026 tarihleri arasında böbrek kitlesi nedeniyle robotik parsiyel nefrektomi uygulanan, patolojisi malign ve cerrahi sınır pozitif olarak raporlanan hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik, klinik ve patolojik özellikleri ile güncel takip verileri kaydedildi. Primer sonlanım noktası lokal nüks, uzak metastaz ve ek onkolojik tedavi gereksinimiydi. Patolojisi benign olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

BULGULAR

2013–2026 yılları arasında kliniğimizde malign böbrek kitlesi nedeniyle robotik parsiyel nefrektomi uygulanan 374 hastanın 33'ünde (%8,8) patolojik incelemede cerrahi sınır pozitifliği saptandı. Hastaların medyan yaşı 56 (IQR: 51–62) yıl olup, 25'i (%75,8) erkekti. Medyan takip süresi 33 (IQR: 20–63; aralık: 1–168) ay idi. Medyan radyolojik ve patolojik tümör boyutları sırasıyla 32 (IQR: 23,3–41,8) mm ve 30 (IQR: 25–40) mm idi. En sık histolojik alt tipler şeffaf hücreli RCC (n=13, %39,4), kromofob RCC (n=10, %30,3) ve papiller RCC (n=7, %21,2) idi. Hastaların 24'ü (%72,7) pT1a, 7'si (%21,2) pT1b ve 2'si (%6,1) pT3a evresindeydi. Yirmi iki hastada (%66,7) sıcak iskemi, 11 hastada (%33,3) zero iskemi tekniği uygulandı. Medyan ameliyat süresi 120 (IQR: 100–181) dakika, medyan tahmini kan kaybı 150 (IQR: 100–300) mL ve medyan hastanede yatış süresi 4 (IQR: 3–4) gün idi. Dört hastada (%12,1) Clavien–Dindo derece II komplikasyon gelişti. PADUA skoru hesaplanabilen 27 hastanın 19'u (%70,4) PADUA ?8, RENAL skoru hesaplanabilen 26 hastanın 6'sı (%23,1) RENAL ?10 kompleksite grubundaydı. Medyan takipte üç hastada (%9,1) nüks saptandı. Nükslerin medyan gelişme zamanı 12 (aralık: 9–20) ay idi. İki hastaya yeniden parsiyel nefrektomi uygulanırken, bir hastaya tamamlayıcı radikal nefrektomi planlandı. Uzak metastaz ve kanser spesifik mortalite izlenmedi. Nüks gelişen üç hastanın tamamı şeffaf hücreli RCC olup patolojik evreleri sırasıyla pT1a, pT1b ve pT3a idi. Nüks gelişen hastalarda PADUA ve RENAL skorları açısından ortak bir özellik saptanmadı.

SONUÇ

Robotik parsiyel nefrektomi sonrası cerrahi sınır pozitifliği saptanan hastalarda orta dönem takipte nüks oranı düşük olmakla birlikte, nüks gelişen hastaları öngörebilecek klinik, patolojik veya nefrometrik belirgin bir özellik saptanamamıştır. Bu nedenle cerrahi sınır pozitif hastalarda düzenli ve yakın radyolojik takip önemini korumaktadır. Bulgularımızın, cerrahi sınır negatif olguların da dahil edildiği daha geniş örneklemli, karşılaştırmalı ve prospektif çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir. Bununla birlikte çalışmamız, robotik parsiyel nefrektomi sonrası cerrahi sınır pozitif hastaların orta dönem onkolojik sonuçlarına ilişkin gerçek yaşam verisi sunması açısından literatüre katkı sağlamaktadır.

SB-143) TRANSPERİTONEAL VE RETROPERİTONEAL ROBOT-YARDIMLI PARSİYEL NEFREKTOMİDE PERİOPERATİF VERİLER, SICAK İSKEMİ SÜRESİ, ONKOLOJİK VE FONKSİYONEL SONUÇLARIN KARŞILAŞTIRILMASI: 237 VAKALIK TEK MERKEZ DENEYİMİ

MEHMET SALİH BOGA(1) BARAN ARSLAN(1) ERAY ÖZTÜRK(1) MAHMUT EKREM İSLAMOĞLU(1)

1. ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Robot-yardımlı parsiyel nefrektomi (RAPN), lokalize böbrek tümörlerinde nefron korumayı hedefleyen standart cerrahi yaklaşımlar içinde günümüzün en gelişmiş ve sık tercih edilen minimal invaziv yöntemidir. Tümörün anatomik yerleşimine bağlı olarak transperitoneal (TP) veya retroperitoneal (RP) yaklaşım tercih edilebilmektedir. Bu çalışmanın amacı, tek merkezli 237 vakalık geniş RAPN serimizde transperitoneal ve retroperitoneal yaklaşımların sıcak iskemi süresi (SİS), perioperatif veriler, onkolojik güvenlik ve postoperatif böbrek fonksiyonlarının korunması üzerindeki etkilerini karşılaştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Merkezimizde robotik parsiyel nefrektomi operasyonu uygulanan toplam 237 hastanın (174 Transperitoneal, 63 Retroperitoneal) verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, BMI), tümör morfolojileri (boyut, RENAL ve PADUA skorları), perioperatif verileri (operasyon süresi, sıcak iskemi süresi, tahmini kanama miktarı, hastane yatış süresi), postoperatif komplikasyonları (Clavien-Dindo sınıflaması) ve böbrek fonksiyonları (Preoperatif ve erken postoperatif dönem eGFR değişimleri kayıt altına alındı. Sürekli değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ve kategorik değişkenler için Ki-Kare testi kullanıldı; $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Gruplar arasında yaş (TP: 56.9±12.0 vs RP: 57.2±13.1 yıl, p=0.664), ortalama tümör boyutu (TP: 3.6±1.2 vs RP: 3.4±1.1 cm, p=0.350) ile RENAL (TP: 6.7±1.5 vs RP: 6.6±1.7, p=0.635) ve PADUA (TP: 9.5±1.7 vs RP: 9.4±1.6, p=0.691) morfolojik skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Retroperitoneal grupta ortalama sıcak iskemi süresi transperitoneal gruba kıyasla belirgin ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha kısa bulundu (RP: 12.0±14.2 dk) vs TP: 20.5±12.6 dk [Ortanca: 24.0 dk], p=0.0002). Ayrıca "sıfır iskemi" (<1 dk) uygulanma oranı retroperitoneal yaklaşımda %39.7 (n=25/63) iken, transperitoneal yaklaşımda %18.4 (n=32/174) olarak gerçekleşti. Ortalama operasyon süresi (RP: 170.9±53.5 dk vs TP: 161.3±45.3 dk, p=0.142), tahmini kanama miktarı (RP: 179.5±122.9 cc vs TP: 206.5±245.0 cc, p=0.817) ve hastanede yatış süresi (RP: 4.6±4.3 gün vs TP: 4.3±1.5 gün, p=0.632) açısından her iki yaklaşım benzer güvenlik profili sergiledi. Negatif cerrahi sınır (R0) oranı RP grupta %87.3, TP grupta %78.7 olarak izlendi. Erken postoperatif dönemde böbrek fonksiyonlarının korunduğu ve eGFR kaybının (?eGFR) her iki grupta da minimal düzeyde olduğu ve benzer seyrettiği görüldü (RP: -3.7±9.9 vs TP: -2.5±8.6 mL/min/1.73m², p=0.227).Negatif cerrahi sınır, <20 dakika iskemi süresi ve komplikasyon olmamasını birlikte barındıran "Trifekta" başarı oranı RP yaklaşımda %47.6 iken TP yaklaşımda %27.6 olarak saptandı.

SONUÇ

Geniş tek merkez kohortumuzda retroperitoneal robot-yardımlı parsiyel nefrektomi, transperitoneal yaklaşıma kıyasla sıcak iskemi süresini belirgin şekilde kısaltma avantajı göstermiş; perioperatif güvenlik ve postoperatif böbrek fonksiyonlarının korunması açısından ise her iki grupta da benzer ve tatmin edici sonuçlar elde edilmiştir. Uygun morfolojik konuma sahip tümörlerde retroperitoneal cerrahi, parankim koruması ve minimal iskemi hedefinde transperitoneal yaklaşıma güçlü ve güvenli bir alternatiftir.

SB-144) TESTİS TÜMÖRÜ HASTALARINDA POSTKEMOTERAPİ ROBOTİK RETROPERİTONEAL LENF NODU DİSEKSİYONUNDA SEMİ-FLANK VE SUPİN POZİSYONLARININ KARŞILAŞTIRILMASI: ÇOK MERKEZLİ ÇALIŞMA-RUSEARCH ÇALIŞMA GRUBU

AHMET VURAL(1) AHMET GURBUZ(2) BURAK ÇITAMAK(3) UĞUR AFERİN(4) FEYYAZ IRMAK(5) ÇETİN DEMİRDAĞ(5) YAKUP KORDAN(2) ALİ TEKİN(3) BÜLENT ÖNAL(5)

1. BİTLİS TATVAN DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, BİTLİS, TÜRKİYE
2. KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, KOÇ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL, TÜRKİYE
3. ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ ATAKENT HASTANESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL, TÜRKİYE
4. DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, İSTANBUL FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, İSTANBUL, TÜRKİYE
5. ISTANBUL UNIVERSITESI - CERRAHPASA, CERRAHPASA TIP FAKULTESI, UROLOJI ANABILIM DALI, ISTANBUL, TURKIYE

AMAÇ

Postkemoterapi retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (pcRPLND), metastatik non-seminomatöz germ hücreli testis tümörlerinde rezidü retroperitoneal kitlenin tedavisinde altın standart cerrahi yaklaşımdır. Son yıllarda robotik cerrahi, açık cerrahiye daha düşük morbidite ile alternatif olarak giderek daha fazla uygulanmaktadır. Robotik pcRPLND sırasında farklı hasta pozisyonları kullanılmakta olup, en sık tercih edilen yaklaşımlar semi-flank ve supin pozisyonlarıdır. Ancak bu iki pozisyonun perioperatif ve erken onkolojik sonuçlarını karşılaştıran çok merkezli klinik veriler oldukça sınırlıdır. Bu çalışmada, robotik pcRPLND uygulanan hastalarda semi-flank ve supin pozisyonlarının cerrahi ve erken onkolojik sonuçlarının karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

2014–2026 yılları arasında dört yüksek hacimli merkezde metastatik testis tümörü nedeniyle kemoterapi sonrası robotik retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu uygulanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar operasyon sırasında kullanılan pozisyona göre semi-flank ve supin olmak üzere iki gruba ayrıldı. Demografik özellikler, tümör karakteristikleri, perioperatif parametreler (operasyon süresi, kan kaybı, komplikasyonlar, yatış süresi), patoloji sonuçları ve erken onkolojik takip verileri karşılaştırıldı. İstatistiksel analizler SPSS yazılımı kullanılarak gerçekleştirildi. Kategorik ve sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında sırasıyla ki-kare, bağımsız örneklem Student t-testi ve Mann–Whitney U testi kullanıldı.

BULGULAR

Toplam 40 hasta çalışmaya dahil edildi; bunların 25'i semi-flank, 15'i ise supin pozisyonda opere edildi. Gruplar yaş, vücut kitle indeksi, klinik evre, IGCCCG risk grubu ve diğer bazal özellikler açısından benzerdi. Tanı anında serum LDH düzeyi supin grubunda daha yüksek bulundu (302 vs. 237 IU/L, p=0.049). Robotik pcRPLND öncesinde ise AFP düzeyi supin grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (15 vs. 4 ng/mL, p=0.009). Operasyon süresi (180 vs. 210 dk, p=0.370), tahmini kan kaybı (150 vs. 150 mL, p=0.580), intraoperatif büyük damar yaralanması (p=0.224), postoperatif komplikasyon oranı (p=0.641), hastanede yatış süresi (4 vs. 4 gün, p=0.743), çıkarılan lenf nodu sayısı (7 vs. 11, p=0.644), sinir koruyucu cerrahi uygulanma oranı (p=0.204), lenfosel gelişimi (p=0.533), ejakülasyon problemi (p=0.163), pcRPLND patoloji sonuçları (p=0.563) ve takipte nüks/metastaz gelişimi (p=0.385) açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.

SONUÇ

Robotik pcRPLND'unda semi-flank ve supin pozisyonları benzer perioperatif ve erken onkolojik sonuçlar sunan güvenli ve uygulanabilir cerrahi seçeneklerdir. Bulgularımız, hasta pozisyonunun üstünlükten ziyade cerrahın deneyimi, tümör özellikleri ve cerrahi strateji doğrultusunda bireyselleştirilmesi gerektiğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: Testis tümörü; Robotik cerrahi; Retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu.

Tablo 1. Hasta karakteristikleri (n=40)

	Semi-Flank Pozisyon (n=25)	Supin Pozisyon (n=15)	p
Yaş	28.9(21.1-32.6)	28.0(23-33)	0.967
BMI (kg/m²)	25.4(±3)	23.6 (±3.3)	0.293
Testis tümör tarafı			
Sağ	16 (%64)	11 (%73.3)	0.667
Sol	8 (%32)	4 (%26.7)	
Extragonadal	1 (4)	0	
Orşiektomi Patolojisi			
pT evresi			0.104
pT1	12 (%48)	13 (%86.7)	
pT2	11(%44)	2 (%13.3)	
pTx	1(%4)	0	
pTis	1(%4)	0	
N evresi			0.768
N0	1 (%4)	0	
N1	6 (%24)	5 (%33.3)	
N2	13 (%52)	8 (%53.3)	
N3	5 (%20)	2 (%13.3)	
Tanı anında tümör belirteçleri			
ß-hCG (mIU/mL)	7.8 (0.3-320)	38.6(13-530)	0.131
AFP (ng/ml)	121 (14.6-2163)	131 (3.8-505)	0.276
LDH (IU/L)	237 (157-302)	302 (235-383)	0.049
Orşiektomi patolojisi			
Mixed germ hücreli tümör	25 (100)	15 (100)	
Teratom varlığı	13 (%52)	9 (%60)	0.622
Seminom varlığı	7 (%28)	4 (%26.7)	0.927
Embriyonal karsinom varlığı	21 (%84)	13 (%86.7)	0.819
Yolk Sac varlığı	13 (%52)	7 (%46.7)	0.744
Choriokarsinom varlığı	2 (%8)	2 (%13.3)	0.484
Adjuvan kemoterapi			0.390
4 kür BEP	8 (%32)	2 (%13.3)	
3 kür BEP	15 (%60)	12 (%80)	
Diğer rejimler	2 (%8)	1 (%6.7)	

Not: Veriler ortanca (IQR) veya sayı (%) olarak ifade edilmiştir.

Kısaltmalar: AFP; alfa fetoprotein, LDH; laktat dehidrogenaz, ß-hCG: beta-insan koryonik gonadotropin; BEP: bleomisin/etoposid/cisplatin

Tablo 2. Perioperatif ve Onkolojik takip verileri (n=40)

	Semi-Flank Pozisyon (n=25)	Supin Pozisyon (n=15)	p
Rob.RPLND öncesi tümör belirteçleri			
ß-hcg (mIU/mL)	0.1 (0-0.3)	0.1 (0-0.35)	0.488
AFP (ng/ml)	4 (2.9-5.8)	15 (3.2-135)	0.009
LDH (IU/L)	168 (153-203)	200 (158-264)	0.08
Operasyon süresi (dk)	180 (150-325)	210 (180-300)	0.370
Hemoraji miktarı (mL)	150 (50-250)	150 (100-350)	0.580
Peroperatif transfüzyon ihtiyacı	1 (%4)	3 (%20)	0.139
İntraoperatif Komplikasyon			
Büyük damar yaralanması	3 (%12)	4 (%26.7)	0.224
Postoperatif Komplikasyon			0.641
Clavien-Dindo II	5 (%20)	5 (%33.3)	
Postoperatif Kan Transfüzyc	1 (%4)	3 (%20)	
Uzamış lenfatik drenaj nede	4 (%16)	5 (%33.3)	
Clavien-Dindo III	2 (%8)	1 (%6.7)	
Göğüs tüpü yerleştirilmesi	1 (%4)		
Lenfanjiyoembolizasyon	1 (%4)		
Üreter hasarı onarımı	0	1 (%6.7)	
Klinik Evre			0.307
IIA	4 (%16)	1 (%6.7)	
IIB	12 (%48)	7 (%46.7)	
IIC	1 (%4)	3 (%20)	
IIIA	3 (%12)	0	
IIIB	4 (%16)	4 (26.7)	
IIIC	1 (%4)	0	
IGCCCG Risk grubu			0.507
İyi	19 (%76)	12 (%80)	
Orta	4 (%16)	3 (%20)	
Kötü	2 (%8)	0	
Prekemoterapi Serum tümör markırları			0.105
S0	8 (%32)	1 (%6.7)	
S1	13(%52)	9 (%60)	
S2	4 (%16)	5 (%33.3)	
Yatış süresi (gün)	4 (3-6.5)	4 (3-5)	0.743
Rob.RPLND patolojisi			0.563
Nekroz/fibroz	8 (%32)	4 (%26.7)	
Teratom	16 (%64)	11 (%73.3)	
Canlı tümör hücresi	1 (%4)	0	
Çıkarılan lenf nodu sayısı	7 (3-20)	11 (7-18)	0.644
Sinir koruyucu RPLND yapılan	21(%84)	10 (%66.7)	0.204
Lenfosel Varlığı	4 (%16)	3 (%20)	0.533
Ejakülasyon problemi	3 (%12)	0	0.163
Takip süresi (ay)	33 (16-46)	18 (3-40)	0.108
Takipte nüks/metastaz gelişin	2 (%8)	0	0.385

Not: Veriler ortanca (IQR) veya sayı (%) olarak ifade edilmiştir.

Kısaltmalar: Rob.RPLND; robot yardımlı laparoskopik retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu, ß hCG; beta-insan koryonik gonadotropin, AFP; alfa fetoprotein, LDH; laktat dehidrogenaz.

SB-145) ROBOT YARDIMLI PARSİYEL NEFREKTOMİDE TÜMÖR KOMPLEKSİTESİNİN KOMPLİKASYON GELİŞİMİNE ETKİSİ: ÇOK MERKEZLİ BİR ÇALIŞMA - RUSEARCH ÇALIŞMA GRUBU

TÜNKUT DOĞANCA(1) MUSTAFA BİLAL TUNA(2) ILTER TUFEK(3) OMER BURAK ARGUN(4) AHMET GURBUZ(5) FEYYAZ IRMAK(6) AHMET VURAL(6) BARAN ARSLAN(7) MEHMET SALİH BOGA(7) ADNAN SİMSİR(8) YAKUP KORDAN(9) ALİ TEKIN(10) BULENT ONAL(6) ALİ RIZA KURAL(3)

1. acıbadem taksim hastanesi, üroloji
2. acıbadem maslak hastanesi, üroloji
3. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Universitesi tıp fakultesı, üroloji
4. İstanbul Kent Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
5. Koç Universitesi hastanesi, üroloji
6. IStanbul universitesi - cerrahpaşa, cerrahpaşa tıp fakültesi, üroloji
7. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, üroloji
8. Bazekol hastanesi IZMIR, üroloji
9. KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
10. Acibadem Atakent hastanesi, üroloji

AMAÇ

Günümüzde görüntüleme yöntemlerinin rutin kullanımı ile beraber böbrek kitleleri daha sık tanı almaktadır. Bu kitlelerin büyük bir çoğunluğu erken evrede ve küçük boyutta tespit edilebilmektedir. Bu kitlelerin tedavisi için kılavuzlar ve güncel literatür parsiyel nefrektomiyi önermektedir. Bu yöntemle radikal nefrektomiye benzer onkolojik sonuçlar elde edilirken böbrek fonksiyonları da korunabilmektedir. Tümör kompleksitesini sınıflamak için pek çok skorlama sistemi kullanılmaktadır. PADUA skorlama sistemi bunların sıklıkla kullanılanlardandır. Skor 10 ve daha üzeri kitleler kompleks kitle olarak kabul edilmektedir. Bu kitleler tedavilerinin getirdikleri cerrahi zorluklar ve komplikasyona açıklık nedeniyle özel bir yaklaşım gerektirmektedir. Çalışmamızda böbrek kitlesi nedeniyle robot yardımlı parsiyel nefrektomi uygulanan hastalardaki komplikasyon oranlarını sunmaktayız.

GEREÇ-YÖNTEM

Mart 2008 ile Mart 2026 arasında beş merkezde ameliyat edilen 841 hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi. Bu merkezlerde kullanılan temel cerrahi platform da Vinci Xi sistemiydi. İlk yıllarda Si sistemi, ilerleyen dönemde ise X sistemi kullanıldı.
Tümörler PADUA sistemine göre iki gruba ayrıldı. Grup 1, skoru 10'un altında olan tümörlerden; Grup 2 ise skoru 10 veya üzeri olan tümörlerden oluşmaktaydı. Perioperatif komplikasyonlar Clavien-Dindo sistemi kullanılarak sınıflandırıldı ve karşılaştırıldı.

BULGULAR

Grup 1 (PADUA <10) 536 hastadan, Grup 2 (PADUA >10) ise 305 hastadan oluşmaktaydı. Tüm kohort genelinde 326 hastada (%38,8) komplikasyon gelişti (%31,4 minör, %7,4 majör). Minör komplikasyon oranı Grup 1'de %29,9 (160/536), Grup 2'de ise %34 (104/305) idi. Majör komplikasyon oranı ise Grup 1'de %3 (16/536), Grup 2'de %15 (46/305) olarak saptandı. (Tablo)
Tümör kompleksitesi, genel komplikasyon gelişme riskini anlamlı derecede artırdı. İki grup arasında minör komplikasyon oranları açısından anlamlı bir fark bulunmadı. Ancak majör komplikasyon insidansı Grup 2'de anlamlı derecede daha yüksekti.

SONUÇ

Literatürdeki önceki çalışmalar PADUA skoru 10 ve daha üzerinde olan kitlelerde komplikasyonların 4 katına kadar artabildiğini göstermektedir. Minör komplikasyon oranı %3-%23 arasında bildirilmektedir. Bu geniş aralık minör komplikasyonların bildirilmesindeki tutarsızlıklardan kaynaklanıyor olabilir. Yine bu durum minör komplikasyon gelişiminin cerrahi teknikten ziyade hasta yönetimiyle ilgili olabileceğini düşündürmektedir. Bizim çalışmamızda gruplar arası minör komplikasyon gelişimi bakımından anlamlı istatistiksel fark saptanmadı. Literatürde bildirilen majör komplikasyon oranı ise %22'ye kadar çıkmaktadır. Bizim çalışmamızda da kompleks tümörlerde major komplikasyon gelişimi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın limitasyonları olarak retrospektif dizaynı, birden fazla cerrahın çalışmaya dahili nedeniyle cerrahi teknikler arasındaki potansiyel farklılıklar sayılabilir.

Kompleks böbrek kitlelerinde robot yardımlı parsiyel nefrektomi güvenilir ve uygulanabilir bir tedavi yöntem olarak öne çıkmaktadır. Fakat majör komplikasyon gelişim oranı dikkate değerdir.

Komplikasyon	PADUA <10 (n: 536)	PADUA ≥10 (n: 305)	Total (N: 841)	p-değeri
Komplikasyon yok	360 (67.2%)	155 (50.8%)	515 (61.2%)	
Minor Komplikasyon (Clavien 1-2)	160 (29.9%)	104 (34.1%)	264 (31.4%)	
Major Komplikasyon (Clavien 3-4)	16 (3.0%)	46 (15.1%)	62 (7.4%)	
Toplam(n)	536	305	841	<0.001

(Pearson ki-kare testi)

SB-146) ROBOT YARDIMLI RADİKAL PROSTATEKTOMİDE TOUMAİ ROBOTİK CERRAHİ SİSTEMİ: İLK 10 OLGULUK TEK MERKEZ DENEYİMİ

BERK EKENCİ(1) MUSTAFA KARAASLAN(2) HAKAN AKAN(1) İZAK DALVA(1) AHMET NİHAT KARAKOYUNLU(1)

1. acıbadem bayındır söğütözü hastanesi, uroloji kliniği, ankara
2. acıbadem bayındır kavaklıdere hastanesi, üroloji kliniği, ankara

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, Toumai® MT-1000 robotik cerrahi sistemi ile gerçekleştirilen ilk 10 robot yardımlı radikal prostatektomi olgusunda sistemin uygulanabilirliğini, cerrahi performansını ve erken perioperatif sonuçlarını değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Mart 2026–Haziran 2026 tarihleri arasında merkezimizde Toumai® MT-1000 robotik cerrahi sistemi kullanılarak robot yardımlı radikal prostatektomi uygulanan ilk 10 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm cerrahiler, robot yardımlı radikal prostatektomi konusunda deneyimli tek bir cerrah tarafından gerçekleştirildi. Tüm olgularda anterior yaklaşım tercih edildi ve vezikoüretral anastomoz çift sürekli sütür tekniği kullanılarak tamamlandı. Hastaların demografik özellikleri, preoperatif klinik verileri, perioperatif parametreleri (setup süresi, docking süresi, konsol süresi, operasyon süresi ve tahmini kan kaybı), patolojik sonuçları ve erken postoperatif sonuçları analiz edildi. Postoperatif komplikasyonlar Clavien-Dindo sınıflamasına göre değerlendirildi.

BULGULAR

Toumai® MT-1000 robotik cerrahi sistemi ile robot yardımlı radikal prostatektomi uygulanan ilk 10 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların medyan yaşı 67 (50–78) yıl, PSA düzeyi 7,4 (5,0–12,0) ng/mL ve prostat hacmi 44 (16–120) cc idi. Preoperatif EAU risk sınıflamasına göre hastaların %30'u favorable, %10'u unfavorable ve %60'ı yüksek risk grubundaydı. Medyan setup, docking, konsol, anastomoz ve ameliyat süreleri sırasıyla 22,5 (18–27), 12,5 (9–21), 204,5 (165–289), 17,5 (14–38) ve 246,5 (211–321) dakika olarak bulundu. Medyan tahmini kan kaybı 150 (100–200) mL idi. Yedi hastaya (%70) pelvik lenf nodu diseksiyonu, beş hastaya (%50) sinir koruyucu cerrahi ve dokuz hastaya (%90) mesane boynu koruyucu teknik uygulandı. Nihai patolojik değerlendirmede dokuz hastada (%90) pT2N0, bir hastada (%10) ise pT4N0 hastalık saptandı. Patolojik ISUP Grade Group dağılımı Grade Group 2, 3, 4 ve 5 için sırasıyla %30, %10, %20 ve %40 olarak bulundu. Bir hastada (%10) pozitif cerrahi sınır izlendi. Clavien-Dindo Grade III veya daha yüksek komplikasyon gelişmedi. Birinci ayda tüm hastalarda kontinans (0–1 ped/gün) sağlanırken, altıncı haftada sekiz hastada (%80) PSA düzeyi <0,1 ng/mL olarak saptandı. Çalışmaya ait demografik, perioperatif, patolojik ve erken postoperatif veriler Tablo 1'de özetlenmiştir.

SONUÇ

Toumai® MT-1000 robotik cerrahi sistemi ile robot yardımlı radikal prostatektomi güvenli ve uygulanabilir görünmektedir. İlk deneyimlerimiz, kabul edilebilir perioperatif ve erken patolojik sonuçlarla birlikte sistemin rutin klinik uygulamada etkin olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Daha geniş hasta serileri ve uzun dönem takip sonuçlarına ihtiyaç vardır.

Değişkenler	Değer
Yaş (yıl)	67 (50-78)
VKİ (kg/m2)	29.3 (25.5-33.3)
ASA (2/3)	5 (50) / 5 (50)
Geçirilmiş abdominal cerrahi	5 (50)
Geçirilmiş endoskopik prostatektomi	2 (20)
Preoperatif IIEF	17 (6-24)
Preoperatif PSA (ng/ml)	7.4 (5.0-12.0)
Prostat volüm (cc)	44 (16-120)
Klinik evre (T1c/T2a/T2b)	4 (40) / 3 (30) / 3 (30)
Biyopsi ISUP Grade (2/4/5)	4 (40) / 4 (40) / 2 (20)
Risk grubu (EAU)	-
Favorable	3 (30)
Unfavorable	1 (10)
Yüksek	6 (60)
Setup süresi (dk)	22.5 (18-27)
Docking süresi (dk)	12.5 (9-21)
Konsol süresi (dk)	204.5 (165-289)
Anastamoz süresi (dk)	17.5 (14-38)
Ameliyat süresi (dk)	246.5 (211-321)
Tahmini kan kaybı (ml)	150 (100-200)
Sinir koruyucu cerrahi uygulanması	7 (70)
Mesane boynu koruyucu cerrahi uygulanması	5 (50)
pTN (T2N0/T4N0)	9 (90) / 1 (10)
RP ISUP grade (2/3/4/5)	3 (30) / 1 (10) / 2 (20) / 4 (40)
Cerrahi sınır pozitifliği	1 (10)
Hastane yatış süresi (gün)	3 (3-12)
Dren çıkarılma süresi (gün)	2 (2-11)
Sonda çıkarılma süresi (gün)	7 (7-21)
Clavien-Dindo (0/I/II)	4 (40) / 3 (30) / 3 (30)
Postoperatif 1. ay kontinans (0–1 ped/gün)	10 (100)
Postoperatif 6. Hafta PSA <0.1 ng/ml	8 (80)
-	-

Toumai® MT-1000 robotik cerrahi sistemi ile gerçekleştirilen ilk 10 robot yardımlı radikal prostatektomi olgusunun demografik, perioperatif, patolojik ve erken postoperatif özellikleri

SB-147) ROBOT YARDIMLI ROBOTİK PROSTATEKTOMİ VE PELVİK LENF NODU DİSEKSİYONUNDA LENF NODU POZİTİFLİĞİNİ ÖNGÖREN FAKTÖRLER

BURAK ÇITAMAK(1) YAKUP EMRE TEKİN(2) ALİ SERKAN KILIÇ(1) ALİ TEKİN(1)

1. ÖZEL ACIBADEM ATAKENT HASTANESİ
2. ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Robot yardımlı radikal prostatektomi (RYRP) ve genişletilmiş pelvik lenf nodu diseksiyonu (PLND) yapılan hastalarda lenf nodu pozitifliğini öngören faktörleri araştırmak.

GEREÇ-YÖNTEM

Kasım 2019 – Haziran 2026 yılları arasında RYRP ve PLND yapılan 85 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaşı, preoperatif PSA değerleri, beden kitle indeksi (BKİ), PSMA PET BT bulguları, intraoperatif ve postoperatif bulgular ile patoloji sonuçları kaydedildi. Veriler tek ve çok değişkenli analiz ile değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 64,15 ± 7,44 (min 45,max 79) yıl, ortalama PSA 18,65 ± 22,19 ng/ml (min 2,6-max 133), ortalama VKİ 28,47 ± 3,48 kg/m² (min 22,3 max 43,6) olarak saptandı. Hastalardan çıkarılan lenf nodu sayısı ortalama 29,08± 9,9 (5-50) olurken, %30,5 (26) hastada lenf nodu pozitif olarak saptandı. Patoloji verilerine göre bu hastalardan 3'ü (%3,5) ISUP 1 hasta, 30'u (%35,3) ISUP 2 hasta, 24'ü (%28,2) ISUP 3 , 21'i (%24,7)ISUP 4, 7'si (%8,2) ISUP 5 olarak bulunmuştur. Lenf nodu pozitifliği saptanan 10 (%38) hastada 1 lenf nodu pozitifken, 16 (%62) hastada 2 ve daha fazla LN + mevcuttu. 39 (%46) hastada seminal vezikül invazyonu, 52 (%62,4) hastada ekstraprostatik uzanım saptandı. Cerrahi sınır 25 hastada (%29,4) pozitif olarak bulundu. Yapılan tek değişkenli analizlerde preoperatif PSA değeri yüksekliği, çıkarılan lenf nodu sayısının yüksek olması, ekstraprostatik uzanım ve seminal vezikül invazyonu lenf nodu pozitifliğini öngören faktörler olarak saptanırken, çok değişkenli analizde lenf nodu sayısı ve seminal vezikül invazyonunun en önemli faktörler olduğu görülmüştür. Yapılan Receiver Operating Characteristic (ROC) eğrisi analizinde, çıkarılan lenf nodu sayısı için cut-off değeri 27 olarak belirlenmiştir. Bu kestirim değerinin üzerinde %85 sensitivite ve %52 spesifite hesaplanmıştır (AUC= 0,62). PSMA- PET BT'nin lenf nodu pozitifliğini öngörmede spesifitesi %91.5, sensitivitesi %19, pozitif prediktif değeri %50, negatif prediktif değeri %72 olarak bulunmuştur.

SONUÇ

Bulgularımız, RYRP ile birlikte yapılan PLND'da lenf nodu pozitifliğinin, çıkarılan lenf nodu sayısı ile yakın ilişkisi olduğunu göstermektedir. Optimal lenf nodu sayısını belirlenmek için geniş hasta gruplarında çalışmalar gereklidir. Diğer yandan, lenf nodu tutulumunu değerlendirme açısından PSMA PET-BT öngörü değerleri, PSMA PET-BT bazlı pelvik lenf nodu diseksiyonu kararı vermenin hatalı olacağını göstermektedir.

-	LN + (n=26)	LN- (59)	Mann-Whitney ve Ki-kare analizi p*	Logistic regresyon analizi p**
Preop PSA(ng/ml)	29,9±32,1	13,69±13,66	0,004	0,111
Yaş (yıl)	63,12±7,5	64,61±7,41	0,377	-
BMI (kg/m²)	27,96±3,45	28,7±3,5	0,457	-
ISUP grade (1-2-3 vs 4-5)	%57,7-42,3 (15-11)	%71,2-28,8 (42-17)	0,316	-
LN sayısı (27 alt ve üstü)	%15,4-%84,6 (4-22)	%52,5-%47,5 (31-28)	0,002	0,013
PET LN+(Evet-Hayır)	%19,2-%80,8 (5-21)	%8,5-%91,5 (5-54)	0,156	-
CS (Evet-Hayır)	%50-%50 (13-13)	%20,3-%79,7 (12-47)	0,009	0,845
Ekstraprostatik uzanım (Evet-Hayır)	%92,3-%7,7 (24-2)	%49,2-%50,8 (29-30)	<0,001	0,179
SV invazyonu(evet hayır)	%80,8-%19,2 (21-5)	%30,5-%69,5 (41-18)	<0,001	0,004

Lenf nodu pozitifliğini öngören faktörlerin tek ve çok değişkenli analizi

SB-148) ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ PROGRAMINA GEÇİŞ: İLK 150 ARDIŞIK OLGUDA ÖĞRENME EĞRİSİ VE ÖNCEKİ BEŞ YILLIK AÇIK RADİKAL PROSTATEKTOMİ DENEYİMİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

MUSTAFA GÜLMEN(1) EMRE ALTINTAŞ(1) MURAT GÜL(1) ALİ FURKAN BATUR(1) MEHMET KAYNAR(1) ÖZCAN KILIÇ(1) SERDAR GÖKTAŞ(1)

1. SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Robot yardımlı radikal prostatektomi (RARP), lokalize prostat kanseri cerrahisinde giderek daha fazla tercih edilen minimal invaziv bir yöntemdir. Bununla birlikte, robotik cerrahi programına geçiş sürecindeki öğrenme eğrisinin perioperatif ve erken onkolojik sonuçlara etkisi önemini korumaktadır. Bu çalışmada, kliniğimizde gerçekleştirilen ilk 150 ardışık RARP olgusunun erken dönem sonuçlarının, robotik program öncesindeki açık radikal prostatektomi (ORP) deneyimi ile karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif çalışmada, robotik cerrahi programının başlamasını takiben yaklaşık bir buçuk yıllık dönemde gerçekleştirilen ilk 150 ardışık RARP olgusu ile robotik program öncesindeki beş yıllık dönemde gerçekleştirilen 102 ardışık ORP olgusu karşılaştırıldı. Tüm ameliyatlar radikal prostatektomi konusunda deneyimli üç cerrahtan oluşan aynı cerrahi ekip tarafından gerçekleştirildi. Gruplar yaş, vücut kitle indeksi (VKİ), preoperatif PSA düzeyi ve D'Amico risk sınıflaması açısından karşılaştırıldı. Perioperatif değerlendirmede pelvik lenf nodu diseksiyonu (PLND) oranı, operasyon süresi, hemoglobin düşüşü, eritrosit süspansiyonu transfüzyonu gereksinimi, postoperatif opioid analjezi gereksinimi, dren çekilme günü, kateter çekilme günü ve hastanede kalış süresi değerlendirildi. Erken onkolojik sonuç olarak pozitif cerrahi sınır oranı incelendi. Ayrıca robotik grupta öğrenme eğrisini değerlendirmek amacıyla ilk 75 olgu ile sonraki 75 olgunun operasyon süreleri karşılaştırıldı.

BULGULAR

Robotik grupta 150, açık cerrahi grubunda 102 hasta değerlendirildi. Robotik cerrahi uygulanan hastalar daha gençti (62,1±5,8 vs. 64,3±4,9 yıl; p=0,006) ve VKİ değerleri daha yüksekti (28,6±3,2 vs. 27,4±2,9 kg/m²; p=0,018). Preoperatif PSA düzeyleri benzerdi (p=0,463). Pelvik lenf nodu diseksiyonu robotik grupta daha sık uygulandı (%54,7 vs. %21,6; p<0,001).

Operasyon süresi robotik grupta daha uzun olmasına rağmen (193±42 vs. 156±24 dk; p<0,001), öğrenme eğrisi sürecinde olunması ve pelvik lenf nodu diseksiyonu oranının daha yüksek olması bu farklılığa katkıda bulunmuş olabilir. Buna karşın hemoglobin düşüşü (1,2±0,7 vs. 2,0±0,8 g/dL; p<0,001) anlamlı olarak daha düşüktü.

SONUÇ

Robot yardımlı radikal prostatektomi programına geçiş, deneyimli bir cerrahi ekip eşliğinde güvenli şekilde gerçekleştirilebilir. Öğrenme eğrisinin ilk döneminde operasyon süreleri daha uzun olmakla birlikte, deneyim arttıkça operasyon süresi belirgin şekilde kısalmaktadır. Robotik grupta daha yüksek pelvik lenf nodu diseksiyonu oranı da operasyon süresinin uzamasına katkıda bulunmuş olabilir. Açık cerrahi ile karşılaştırıldığında RARP; daha az hemoglobin düşüşü, daha düşük postoperatif opioid analjezi gereksinimi ve daha kısa hastanede kalış süresi sağlamaktadır. Robotik grupta dren çekilme süresinin daha uzun olması, artmış kanama ile değil, daha yüksek pelvik lenf nodu diseksiyonu oranı ile ilişkilidir. Pozitif cerrahi sınır oranları erken dönemde açık cerrahi ile benzer bulunmuştur. Çalışmanın kısa takip süresi nedeniyle biyokimyasal rekürrens, mesane boynu darlığı, üriner kontinans ve erektil fonksiyon gibi uzun dönem fonksiyonel ve onkolojik sonuçlar değerlendirilememiş olup, bu verilerin daha uzun takip ile analiz edilmesi planlanmaktadır.

Değişken	RARP (n=150)	ORP (n=102)	p
Yaş (yıl)	62.1 ± 5.8	64.3 ± 4.9	0.006
VKİ (kg/m²)	28.6 ± 3.2	27.4 ± 2.9	0.018
Preoperatif PSA (ng/mL)	8.9 (6.1–11.7)	8.5 (5.9–11.2)	0.463
D'Amico risk grubu • Düşük • Orta • Yüksek	60 (40.0%) 76 (50.7%) 14 (9.3%)	50 (49.0%) 52 (51.0%) 0 (0%)	0.084
Pelvik lenf nodu diseksiyonu	82 (54.7%)	22 (21.6%)	<0.001
Operasyon süresi (dk)	193 ± 42	156 ± 24	<0.001
Hemoglobin düşüşü (g/dL)	1.2 ± 0.7	2.0 ± 0.8	<0.001
Eritrosit süspansiyonu transfüzyonu	3 (2.0%)	8 (7.8%)	0.047
Postoperatif opioid analjezi gereksinimi	15 (10.0%)	36 (35.3%)	<0.001
Dren çekilme günü	3.4 ± 0.9	2.5 ± 0.5	<0.001
Kateter çekilme günü	13.6 ± 1.8	13.9 ± 2.0	0.328
Hastanede kalış süresi (gün)	5.0 ± 0.8	6.2 ± 0.9	<0.001
Prostat ağırlığı (g)	54 ± 18	52 ± 17	0.451
Pozitif cerrahi sınır	28 (18.7%)	16 (15.7%)	0.566
-	-	-	-

SB-149) ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİDE SEMİNAL VEZİKÜL DİSEKSİYONU TİPİNİN OPERATİF SONUÇLARA ETKİSİ

ONUR KARSLI(1) EKREM AKKIN(1) İSMAİL BAŞIBÜYÜK(1) BURAK SAYGILI(1)

1. ANTALYA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Robotik cerrahinin prostat kanseri tedavisinde artan kullanımı ile birlikte, farklı teknikler ve uygulamalar geliştirilmektedir. Bu tekniklerin operatif sonuçlar üzerindeki etkisi, hasta güvenliği açısından önem kazanmaktadır. Bu çalışmada, kliniğimizde gerçekleştirilen 210 robotik radikal prostatektomi (RRP) vakasında uygulanan iki farklı seminal vezikül diseksiyonu tekniğinin operatif verilere etkisi sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2024 – Temmuz 2026 tarihleri arasında Antalya Şehir Hastanesi Üroloji Kliniği'nde gerçekleştirilen 210 robotik radikal prostatektomi vakası retrospektif olarak incelendi. Vakalar iki cerrahi tekniğe göre gruplandırıldı. Grup 1: Posterior rektovezikal alandan seminal vezikül diseksiyonu ile başlandıktan sonra Retzius boşluğunda operasyona devam edilen grup. Grup 2: Posterior rektovezikal alan açılmadan mesane boynu-prostat bileşkesi ayrıldıktan sonra seminal vezikül diseksiyonu yapılan grup. İki grup; operasyon süresi, intraoperatif kan kaybı, komplikasyon oranı, ortalama hastanede kalış süresi açısından istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

BULGULAR

Toplam 210 hasta çalışmaya dahil edildi. Birinci grupta 121, 2. grupta ise 89 hasta vardı. Ortalama operasyon süresi 1. grupta 195 dakika, 2. grupta ise 216 dakika olarak ölçüldü. Her iki grup arasında operasyon süresi ve hastanede kalış süresi açısından anlamlı bir fark saptanmadı. Ortalama kanama miktarı karşılaştırıldığında 1. Grupta 324 ml, 2. Grupta ise 182 ml olarak bulundu ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). Komplikasyon oranları incelendiğinde ise 1. Grupta 2 hastada (%2.04) Clavien 3a komplikasyon görüldü. Bu iki hastada seminal vezikül diseksiyonu sırasında olduğu düşünülen üreter yaralanması gelişti ve onarıldı. İkinci grupta ise hiç komplikasyon görülmedi.

SONUÇ

Rektovezikal alandan yapılan seminal vezikül diseksiyonunda mesane posterioru diseke edildiği için kan kaybı ve üreterle ilişkili komplikasyon oranlarında artış gözlenebilmektedir. Ancak prostat volümü arttıkça Retziustan yapılan diseksiyon teknik olarak daha zor olmaktadır. Cerrahın tecrübesi arttıkça hastaya göre teknik seçimi güvenli ve etkin bir cerrahi sonuç sağlayacaktır.

PARAMETRE	Grup 1 (n=121)	Grup 2 (n=89)	P değeri
Operasyon süresi (dk)	195 ± 61.6	216 ± 41.7	0.051
Kanama miktarı (ml)	324 ± 262.7	182 ± 75.0	0.0004
Komplikasyon oranı (%)	%2	%0	0.48
Hastanede kalış süresi (gün)	4.5 ± 1.0	5.5 ± 1.0	0.12

ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİDE VERİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

SB-150) LOKAL İLERİ PROSTAT KANSERLİ HASTALARIN CERRAHİ TEDAVİSİNDE DOĞRU TEKNİK RETZİUS KORUYUCU MU?

EREN ERDİ AKSARAY(1) KAYHAN YILMAZ(2) MURAT ŞAMBEL(2) MEHMET SALİH BOĞA(2) ZİNET ASUMAN ARSLAN ONUK(2) MUTLU ATEŞ(3)

1. KAHRAMANMARAŞ DEVLET HASTANESİ
2. ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
3. ÖZEL ANADOLU HASTANESİ

AMAÇ

Lokalize prostat kanseri nedeniyle robot yardımlı radikal prostatektomi uygulanan hastalarda, standart transperitoneal anterior teknik ile retzius koruyucu(RK) tekniğin preoperatif, perioperatif ve erken dönem onkolojik ve fonksiyonel (üriner kontinans, ereksiyon) sonuçlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde robot yardımlı radikal prostatektomi uygulanan 590 hasta retrospektif olarak tarandılar; dışlanma kriterleri sonrası RK teknik uygulanan 180 hasta ve anterior teknik uygulanan 160 hasta olmak üzere toplam 340 hasta çalışmaya dahil edildi. Demografik veriler, preoperatif veriler, perioperatif veriler, patolojik sonuçlar ile hastaların katater çekimi sonrası 1., 3., 6. ve 12. ay kontrollerindeki onkolojik ve fonksiyonel verileri kaydedilerek iki grup istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

BULGULAR

İki grup arasında preoperatif veriler açısından vki dışında (yaş, PSA değeri ve D' Amico risk grubu gibi) anlamlı fark yoktu. Peroperatif verilerden operasyon, anastomoz, taburculuk ve kateterizasyon süresi RK grupta anlamlı olarak daha uzundu ($p<0,05$). Genel komplikasyon oranları benzerdi ($p=0,178$). Cerrahi sınır pozitifliği RK grupta anlamlı olarak daha yüksek saptandı (%34,4 - %23,8; $p=0,03$); lenf nodu pozitifliği ve biyokimyasal nüks oranları açısından fark yoktu. Kontinans oranları RK grupta 1., 3. ve 6. aylarda anterior tekniğe göre anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla %69,4-%47,5; %82,2-%63,1; %92,7-%85,6; $p<0,05$); 12. ayda gruplar arasında fark saptanmadı (%95,5-%90,0; $p>0,05$). Preoperatif IIEF skoru 15 ve üzeri olan ve sinir koruyucu cerrahi uygulanan hastalarda 12. ay ereksiyon sonuçları açısından iki teknik arasında fark saptanmadı ($p=0,72$). Lokal ileri hastalıkta, ameliyat sonrası adjuvan radyoterapiye başlama süresi RK grupta anlamlı olarak daha kısaydı (2,96 - 4,28 ay; $p<0,05$).

SONUÇ

RK teknik, erken dönem üriner kontinans açısından anterior tekniğe göre üstün sonuçlar sağlamakta; ereksiyon performansı ve komplikasyon oranları açısından ise benzer sonuçlar vermektedir. Cerrahi sınır pozitifliğinin bu teknikte daha sık görülmesi, biyokimyasal nüks oranlarına yansımaması nedeniyle dikkatle değerlendirilmesi gereken bir bulgudur. Bu nedenle RK tekniğin hangi hasta grubunda tercih edilmesi gerektiği ile ilgili ileri çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

TABLOLAR

Tablo 1. Hastaların demografik, klinik, perioperatif ve postoperatif özellikleri

Değişken	Retzius Koruyucu (n=180)	Anterior (n=160)	p
Demografik ve Klinik Özellikler			
Yaş, yıl (ort±SS)	63,72±6,29	64,83±5,80	0,226
VKİ, kg/m² (ort±SS)	26,60±3,02	27,45±3,34	0,031
Ameliyat öncesi PSA, ng/mL, ortanca (min-maks)	8,16 (3,23-48,0)	8,67 (3,10-46,0)	0,17
D'Amico düşük risk, n (%)	68 (37,8)	57 (35,6)	0,90
D'Amico orta risk, n (%)	76 (42,2)	71 (44,4)	
D'Amico yüksek risk, n (%)	36 (20,0)	32 (20,0)	
Pelvik lenf nodu diseksiyonu, n (%)	78 (43,3)	74 (46,3)	0,58
Sinir koruyucu cerrahi (tek+çift taraflı), n (%)	83 (46,1)	84 (52,5)	0,24
Perioperatif ve Postoperatif Sonuçlar			
Operasyon süresi, dk (ort±SS)	259,5±77,4	235,5±87,4	0,0002
Anastomoz süresi, dk (ort±SS)	32,5±8,1	28,5±9,0	<0,001
Taburculuk süresi, gün (ort)	5,1	4,7	0,001
Kateterizasyon süresi, gün (ort)	11,9	9,9	<0,001
Genel komplikasyon, n (%)	25 (13,8)	18 (11,2)	0,178
Clavien-Dindo ≥3b, n (%)	6 (3,3)	6 (3,8)	0,77
Lenfosel (Clavien 3a), n (%)	20 (11,1)	12 (7,5)	0,77

Tablo 2. Onkolojik sonuçların karşılaştırılması

Değişken	Retzius Koruyucu (n=180)	Anterior (n=160)	p
Patolojik evre T2, n (%)	118 (65,6)	105 (65,6)	0,26
Patolojik evre T3a, n (%)	29 (16,1)	34 (21,3)	
Patolojik evre T3b, n (%)	33 (18,3)	21 (13,1)	
Cerrahi sınır pozitifliği, n (%)	62 (34,4)	38 (23,8)	0,03
Lenf nodu pozitifliği, n (%)	17 (9,4)	10 (6,3)	0,27
12. ay biyokimyasal nüks, n (%)	5 (2,8)	9 (5,6)	0,18
Adjuvan RT alan evre T3, n (%)	28 (45,2)	25 (45,5)	

Tablo 3. Fonksiyonel sonuçların karşılaştırılması

Değişken	Retzius Koruyucu	Anterior	p
Üriner Kontinans			
1. ay, n (%)	125 (69,4)	76 (47,5)	<0,05
3. ay, n (%)	148 (82,2)	101 (63,1)	<0,05
6. ay, n (%)	167 (92,7)	137 (85,6)	<0,05
12. ay, n (%)	172 (95,5)	144 (90,0)	>0,05
12. ay – sinir korunmayan alt grup, n (%)	91/97 (93,8)	62/76 (81,6)	0,01
12. ay – sinir korunan alt grup, n (%)	76/83 (91,6)	75/84 (89,3)	0,60
Adjuvan Radyoterapiye Başlama Süresi (Lokal İleri Hastalık)			
Ortalama±SS, ay (n)	2,96±1,14 (n=28)	4,28±1,51 (n=25)	<0,05
Medyan (IQR) [Min-Maks], ay	3,0 (2,0-4,0) [2-6]	4,0 (3,0-6,0) [2-7]	
Ereksiyon Fonksiyonu			
12. ay IIEF ≥15 (sinir korunan, n=66/66), n (%)	32 (48,5)	30 (45,5)	0,72

SB-151) ROBOTİK PARSİYEL NEFREKTOMİ DENEYİMİMİZDE HİSTOPATOLOJİK ALT GRUPLAR VE CERRAHİ SINIR POZİTİFLİĞİ RİSK FAKTÖRLERİ: TEK MERKEZ ANALİZİ

MEHMET SALİH BOĞA(1) BARAN ARSLAN(1) RAMAZAN KARAKAYA(1) NİHAT ATEŞ(1) MAHMUT EKREM İSLAMOĞLU(1)

1. ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Parsiyel nefrektomi (PN), lokalize böbrek tümörlerinin tedavisinde maksimum nefron koruması ve güvenilir onkolojik kontrolü hedefleyen standart cerrahi yaklaşımdır; robot-yardımlı parsiyel nefrektomi (RAPN) ise sunduğu teknolojik ve ergonomik üstünlüklerle günümüzde en sık tercih edilen minimal invaziv yöntem haline gelmiştir. Ancak parankimi koruma gayreti, rezeksiyon planının tümöre çok yakın geçmesi halinde mikroskopik cerrahi sınır pozitifliği (R1) riski doğurabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, tek merkezli 217 vakalık RAPN serimizde histopatolojik alt tipler, tümör morfolojisi ve eksizyon tekniklerinin cerrahi sınır pozitifliği üzerindeki etkilerini incelemek ve onkolojik sonuçları değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Merkezimizde RAPN uygulanan ve histopatolojik verileri eksiksiz olan 217 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastalar patolojik alt tiplerine (Clear Cell, Papiller, Kromofob, Diğer/Benign) ve eksizyon tekniğine (Enükleasyon vs. Geleneksel Parsiyel Nefrektomi) göre alt gruplara ayrıldı. Cerrahi sınır pozitifliği (R1) ve cerrahi sınır negatifliği (R0) saptanan olgular demografik özellikler (yaş), tümör boyutu, morfolojik skorlar (RENAL ve PADUA), histopatolojik alt tip dağılımları, perioperatif veriler (sıcak iskemi süresi, kanama, operasyon süresi) ve lokal nüks gelişimi açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR

Analiz dahil edilen 217 hastada toplam cerrahi sınır pozitifliği (R1) oranı %11.5 (n=25), cerrahi sınır negatifliği (R0) oranı ise %88.5 (n=192) olarak saptandı. R0 ve R1 grupları histopatolojik alt tipler açısından kıyaslandığında; Clear Cell RCC oranının her iki grupta benzer ve baskın olduğu izlendi (R0 grubunda %76.6 [n=147/192] vs. R1 grubunda %76.0 [n=19/25]). Papiller RCC (R0: %8.9 [n=17] vs. R1: %4.0 [n=1]) ve Kromofob RCC (R0: %3.1 [n=6] vs. R1: %8.0 [n=2]) dağılımları da incelendiğinde, R0 ve R1 grupları arasında histolojik alt tip baskınlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0.485). R0 ve R1 grupları karşılaştırıldığında; hastaların yaş ortalamaları (R0: 56.6±12.3 vs R1: 59.9±12.8 yıl, p=0.150), ortalama RENAL skorları (R0: 6.7±1.6 vs R1: 6.3±1.6, p=0.268) ve PADUA skorları (R0: 9.4±1.7 vs R1: 9.6±1.6, p=0.984) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Eksizyon yöntemi olarak tümör enükleasyonu tercih edilen 110 olgunun %89.1'inde (n=98) cerrahi sınır negatifliği sağlandığı ve enükleasyon tekniğinin R1 oranını geleneksel rezeksiyona kıyasla artırmadığı izlendi (%10.9 vs genel %11.5, p=0.850).

SONUÇ

Çalışmamızda R0 ve R1 grupları arasında histopatolojik alt tip dağılımı, tümör boyutu ve morfolojik komplekslik skorları açısından anlamlı bir fark saptanmamış olması, cerrahi sınır pozitifliğinde kitlenin biyolojik davranışının ve tümör-parankim ara yüzünün anatomik skorlardan bağımsız olarak belirleyici olabileceğini düşündürmektedir. Deneyimimizde enükleasyon tekniği kabul edilebilir R0 oranları ile gerçekleştirilmiş olup, mikroskopik pozitif cerrahi sınırın erken-orta dönem lokal nüks ile doğrudan bir ilişkisi gösterilememiştir. Bununla birlikte, farklı histopatolojik alt grupların ve rezeksiyon tekniklerinin uzun dönem onkolojik sonuçlar üzerindeki kesin etkilerinin değerlendirilebilmesi için daha geniş hacimli ve çok merkezli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Değişken	R0 — Negatif Sınır (n = 192)	R1 — Pozitif Sınır (n = 25)	Toplam (n = 217)	p
Yaş (yıl)	56.6 ± 12.3	59.9 ± 12.8	57.0 ± 12.4	0.150
Tümör boyutu (cm)	3.5 ± 1.1	3.6 ± 1.5	3.5 ± 1.2	0.848
RENAL skoru	6.7 ± 1.6	6.3 ± 1.6	6.6 ± 1.6	0.268
PADUA skoru	9.4 ± 1.7	9.6 ± 1.6	9.4 ± 1.7	0.984
Sıcak iskemi süresi (dk)	18.4 ± 13.5	13.8 ± 14.5	17.9 ± 13.7	0.221
Enükleasyon uygulaması	%89.1 (n=98)	%10.9 (n=12)	n = 110	0.850
Histopatolojik alt tipler				**0.485 †**
Berrak hücreli (Clear cell) RCC	%76.6 (n=147)	%76.0 (n=19)	%76.5 (n=166)	
Papiller RCC	%8.9 (n=17)	%4.0 (n=1)	%8.3 (n=18)	
Kromofob RCC	%3.1 (n=6)	%8.0 (n=2)	%3.7 (n=8)	
Diğer / Benign	%11.4 (n=22)	%12.0 (n=3)	%11.5 (n=25)	

SB-152) ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ YAPILAN VAKALARDA MULTİPARAMETRİK PROSTAT MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME İLE ÖLÇÜLEN PELVİK ÇAPLARIN POSTOPERATİF APİKAL CERRAHİ SINIR POZİTİFLİĞİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ALİ SELİM DURMAZ(1) ABDURRAHMAN İNKAYA(1) HACI MURAT AKGÜL(1) HASAN SAMET GÜNGÖR(1) RESUL SOBAY(1) EYÜP VELİ KÜÇÜK(1)

1. ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Robot yardımlı radikal prostatektomi (RARP) uygulanan prostat kanserli hastalarda multiparametrik prostat manyetik rezonans görüntüleme (mpMRG) ile ölçülen pelvik anatomik parametrelerin cerrahi sınır pozitifliği (PSM), özellikle apikal Psm operasyon süresi ve PSA biyokimyasal nüksü (BCR) üzerine etkisini değerlendirmektir

GEREÇ-YÖNTEM

Tek merkez RARP uygulanan 159 hastanın preoperatif mpMRG'den 18 pelvik anatomik parametre (API, PD, PH, AD, SA, APM, APO, ITD, BFW, SW, ISD, PV ve türetilmiş indeksler) ölçüldü (Şekil 1). Birincil sonlanım noktaları genel PSM, apikal PSM, operasyon süresi ve PSA biyokimyasal nüksüne kadar geçen süre olarak belirlendi. Cerrahi sınır pozitifliği lokalizasyonu yedi farklı kategoride sınıflandırıldı; apeks tutulumu bulunan tüm olgular apikal PSM grubunda değerlendirildi. Sürekli değişkenler Student t testi kategorik değişkenler ki-kare veya Fisher kesin testi ile analiz edildi. Düşük olay/değişken oranı nedeniyle çok değişkenli analizlerde Firth penalize lojistik regresyon ve Firth Cox regresyon modelleri kullanıldı. Biyokimyasal nükssüz sağkalım Kaplan-Meier yöntemiyle değerlendirildi

BULGULAR

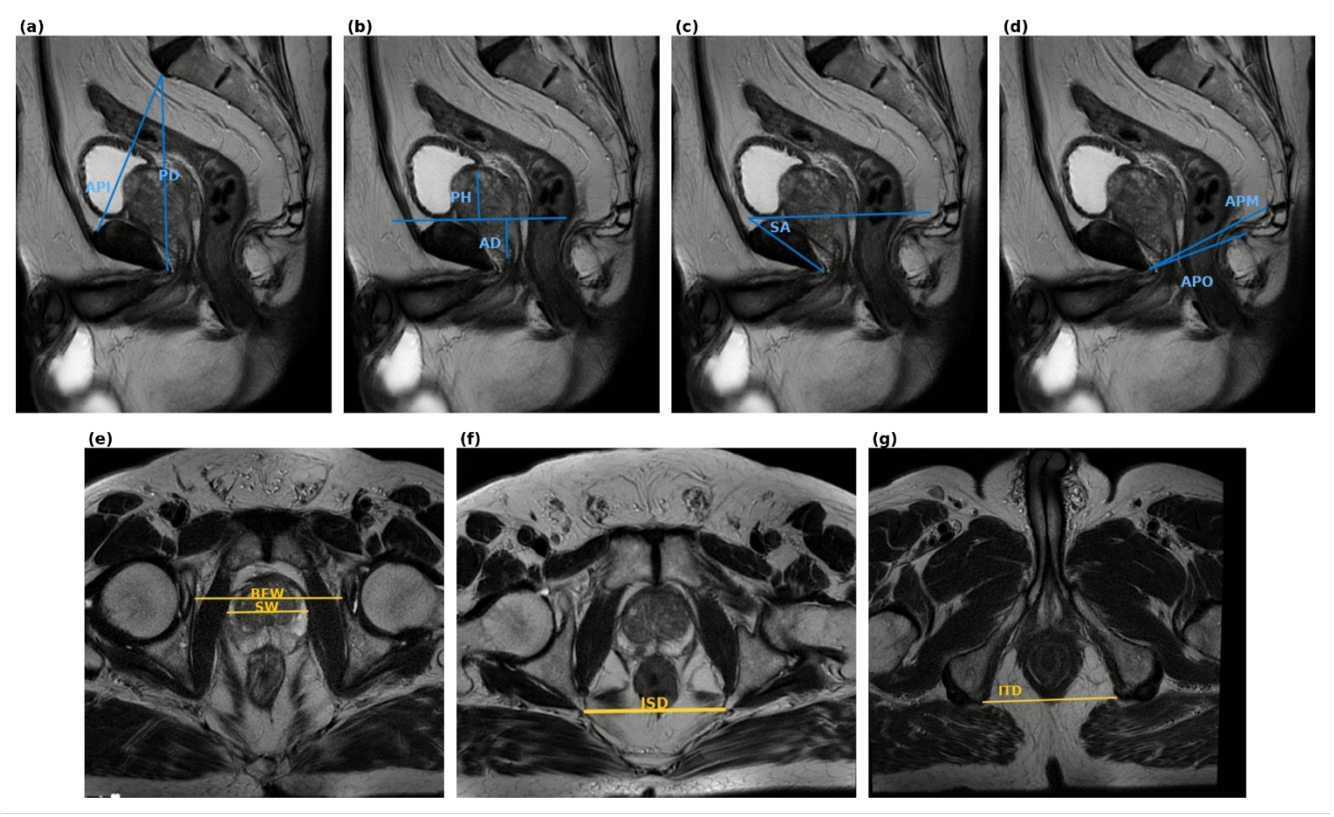
Hastaların medyan yaşı 64 (60-69) yıl, medyan PSA değeri 6,8 ng/mL idi. PT3 oranı %48,4, ISUP 3 oranı %28,3 olarak saptandı. Toplam 46 hastada (%28,9) PSM görüldü. Lokalizasyon dağılımı izole apeks %21,7, izole mesane boynu %8,7, izole periprostatik yağlı doku %30,4, apeks+mesane boynu %6,5, apeks+periprostatik yağlı doku %19,6 ve üç bölgenin birlikte tutulumu %13,0 şeklindeydi. Herhangi bir kombinasyonda apeks tutulumu PSM olgularının %60,9'unda, periprostatik yağlı doku tutulumu %63,0'ında, mesane boynu tutulumu ise %28,3'ünde saptandı. Multifokal PSM oranı %39,1 idi. Medyan 6 aylık takipte 21 hastada (%13,2) PSA biyokimyasal nüksü gelişti. Çok değişkenli Firth lojistik regresyon analizinde PSM için bağımsız belirleyici yalnızca mpMRG'de ekstraprostatik uzanım (EPE) olarak bulundu (=0,018). Pelvic difficulty index (PDFI) ise eğilim düzeyinde anlamlılık gösterdi (p=0,075). Apikal PSM grubunda apikal derinlik daha yüksek bulundu (27 vs 25 mm; p=0,050), PDFI ise sınırda farklılık gösterdi (1,34 vs 1,26; p=0,101). Bu grupta EPE (%60,0) ve T3 hastalık (%78,6) oranları anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,001). Çok değişkenli Cox analizinde patolojik ISUP grubu (p<0,001), PSM (p=0,012), mpMRG'de EPE (p=0,038) ve Briganti skoru (=0,049) biyokimyasal nüksün bağımsız belirleyicileri olarak saptandı (Tablo 1). Operasyon süresi ise lenf nodu diseksiyonu (p<0,001) ve prostat hacmi (p=0,006) ile bağımsız ilişkili bulundu

SONUÇ

Pelvik anatomik parametrelerin RARP sonuçları üzerindeki etkisi sınırlı görülmektedir. Buna karşın patolojik ISUP grubu, mpMRG'de EPE ve Briganti skoru hem cerrahi sınır pozitifliği hem de biyokimyasal nüks açısından daha güçlü öngörücüdür. Apikal PSM, cerrahi sınır pozitifliklerinin önemli bir bölümünü oluşturmakta ve daha ileri tümör özellikleriyle ilişkili görülmektedir. Apikal derinlik ve pelvic difficulty index ile apikal PSM arasında gözlenen zayıf ilişkinin daha geniş hasta serilerinde doğrulanması gerekmektedir

DEĞİŞKEN	Uyarlanmış HR	%95 GA	P
Patolojik ISUP grubu	3,09	1,76–5,43	<0,001
cmpMRG'de EPE	4,26	1,08–16,8	0,038
Briganti skoru	1,03	1,00–1,06	0,049
Apikal PSM alt grubu	1,82	0,72–4,60	0,210
Lenf nodu pozitifliği	2,15	0,70–6,60	0,182

tablo 1



SB-153) TEK PORT ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ: İLK 10 OLGULUK TEK MERKEZ DENEYİMİ

KAMİL GÖKHAN ŞEKER(1) VOLKAN TUĞCU(2)

1. LİV HOSPİTAL VADİSTANBUL, UROLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL, TÜRKİYE
2. İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANA BİLİM DALI, İSTANBUL, TÜRKİYE

AMAÇ

Tek port robotik cerrahi platformları, ürolojik cerrahide minimal invaziv cerrahinin en yeni teknolojilerinden biridir. Bu çalışmada, merkezimizde gerçekleştirilen ilk 10 tek port robotik radikal prostatektomi olgusunun cerrahi uygulanabilirliği ve erken dönem sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Nisan 2026 tarihinden itibaren da- Vinci SP sistemi ile robotik radikal prostatektomi uygulanan ilk 10 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm olgularda çalışma alanı, da Vinci SP Access Port™ (Intuitive Surgical, Sunnyvale, CA, ABD) kullanılarak oluşturuldu. Hastaların demografik özellikleri, serum PSA düzeyleri, prostat hacmi, cerrahi yaklaşım, geçirilmiş abdominal cerrahi öyküsü, operasyon süresi, tahmini kan kaybı, hastanede kalış süresi, kateterizasyon süresi, eş zamanlı pelvik lenf nodu diseksiyonu, final patoloji sonuçları, erken dönem fonksiyonel sonuçlar ve perioperatif komplikasyonlar incelendi. Hastaların ortalama yaşı 62,5 yıl (51–73), ortalama prostat hacmi 53,6 mL (30–86 mL) ve ortalama serum PSA düzeyi 8,7 ng/mL (2,8–29 ng/mL) idi. Cerrahi yaklaşım olarak 1 hastada transperitoneal, 6 hastada ekstraperitoneal ve 3 hastada transperineal SP yaklaşımı uygulandı. Beş hastada geçirilmiş abdominal cerrahi öyküsü bulunurken, bunların 3'ünde kolon cerrahisi öyküsü vardı.

BULGULAR

Ortalama operasyon süresi 234 dakika (180–300 dakika), ortalama tahmini kan kaybı 46,5 mL (30–80 mL), ortalama hastanede kalış süresi 2,2 gün (2–3 gün) ve ortalama üretral kateterizasyon süresi 8 gün (7–10 gün) olarak hesaplandı. İki hastaya eş zamanlı obturator lenf nodu diseksiyonu uygulandı. Final histopatolojik değerlendirmede 1 hastada ISUP Grade Group 1, 6 hastada ISUP Grade Group 2, 1 hastada ISUP Grade Group 3, 1 hastada ISUP Grade Group 4 ve 1 hastada ISUP Grade Group 5 prostat adenokarsinomu saptandı. Üç hastada (%30) cerrahi sınır pozitifliği izlendi.
Hiçbir hastada intraoperatif komplikasyon gelişmedi. Postoperatif dönemde bir hastada konservatif izlem ile gerileyen geçici hematüri, bir hastada medikal tedavi ile kontrol altına alınan üriner sistem enfeksiyonu ve bir hastada lokal yara yeri enfeksiyonu gelişti. Erken dönem takiplerinde tüm hastalarda üriner kontinans sağlandı.

SONUÇ

İlk 10 olguluk deneyimimiz, da Vinci SP sistemi ile gerçekleştirilen tek-port robotik radikal prostatektominin farklı cerrahi yaklaşımlarla güvenli ve uygulanabilir bir minimal invaziv yöntem olduğunu göstermektedir. Daha geniş hasta serileri ve uzun dönem takip sonuçları, tek port robotik radikal prostatektominin onkolojik ve fonksiyonel etkinliğinin değerlendirilmesi açısından gereklidir.

SB-154) ERİŞKİN ÜRETEROPELVİK BİLEŞKE DARLIĞINDA LAPAROSKOPİK VE ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK PİYELOPLASTİNİN KLİNİK VE TEKNİK SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI RUSEARCH ÇALIŞMA GRUBU

ELİF ALTINAY KIRLI(1) BURAK ÇITAMAK(2) AHMET VURAL(3) BATUHAN KAR(1) ALI TEKIN(2) BULENT ONAL(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. ÖZEL ACIBADEM ATAKENT HASTANESİ
3. TATVAN DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Robot yardımlı laparoskopik piyeloplasti (RALP), erişkin üreteropelvik bileşke darlığı (ÜPBD) tedavisinde laparoskopik piyeloplastiye (LP) alternatif minimal invaziv bir yöntem olarak yaygınlaşmaktadır. Bu çalışmada, LP ve RALP yöntemlerinin klinik, teknik ve radyolojik sonuçlarının karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

ÜPBD nedeniyle piyeloplasti uygulanan 52 erişkin hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların 25'ine LS, 27'sine RALP uygulandı. Demografik özellikler, cerrahi endikasyonlar, perioperatif veriler, komplikasyonlar, cerrahi başarı, radyolojik iyileşme ve postoperatif iyileşme parametreleri iki grup arasında karşılaştırıldı.

BULGULAR

Gruplar arasında cinsiyet ve yaş dağılımı açısından anlamlı fark saptanmadı (p=0,171, P=0,993). RALP, anatomik olarak daha kompleks böbreklerde ve redo cerrahi olgularında anlamlı olarak daha sık tercih edildi (p=0,042). Cerrahi başarı (p=0,134) ve komplikasyon oranları (p=0,241) bakımından yöntemler benzer sonuçlar gösterdi. Her iki grupta da takipte hidronefrozun gerilemesi ve renal parankim kalınlığının düzelmesi açısından anlamlı radyolojik iyileşme elde edildi. Bununla birlikte, parankimal iyileşme (p=0,839) ve pelvikalisiyel sistemdeki düzelme (p=0,169) açısından LS ve RALP arasında anlamlı fark bulunmadı. Toplam ameliyat süresi benzerdi (p=0,150); ancak rekonstrüktif cerrahi süresi RALP'de anlamlı olarak daha kısaydı (p=0,035). Ayrıca robotik cerrahi uygulanan hastalarda postoperatif ağrı kontrolü daha başarılıydı (p=0,001) ve normal günlük yaşama dönüş süresi daha kısaydı (p=0,041).

SONUÇ

LS ve RALP, erişkin ÜPBD tedavisinde benzer cerrahi başarı, komplikasyon oranları ve radyolojik iyileşme sağlamaktadır. Bununla birlikte, RALP daha kompleks anatomik ve redo olgularda güvenle uygulanabilmekte; daha kısa rekonstrüksiyon süresi, daha etkili postoperatif ağrı kontrolü ve normal yaşama daha hızlı dönüş gibi avantajlar sunmaktadır.

SB-155) ERİŞKİN YAŞA KADAR GECİKEN UPJ DARLIĞININ NEDEN OLDUĞU SORUNLAR: VAKA SUNUMU

MURAT ŞARLAVUK(1) FATİH SEVGİ(1) YUSUF SARI(1) ERDAL BENLİ(1) AYHAN ARSLAN(1)

1. ORDU ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Üreteropelvik bileşke (UPJ) obstrüksiyonu erişkin yaş grubunda daha nadir görülmekle birlikte kronik üriner staz sonucu taş oluşumuna neden olabilmektedir. Çaprazlayan damar varlığı erişkin UPJ obstrüksiyonlarının önemli ekstrinsik nedenlerinden biridir. Bu çalışmanın amacı erişkin hastada çaprazlayan damar basısına bağlı meydana gelen UPJ darlığının neden olduğu staghorn taş vakasını sunmak ve bu konuya dikkat çekmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

57 yaşında kadın hasta aralıklı sol yan ağrısı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünden ağrının uzun zamandır olduğu ancak ürolojik değerlendirilmesinin yapılmadığı anlaşıldı. Bilinen hipertansiyonu mevcuttu. Laboratuvar değerlerinde özellik yoktu. (Kreatinin: 0,82) Çekilen BT 'de sol renal pelvis içerisinde yaklaşık 45×35x25 mm boyutunda taş, renal pelviste belirgin dilatasyon (UPJ darlık) izlendi. Ayrıntılı incelemede sol böbrek alt pol seviyesinde renal pelvisi çaprazlayan vasküler yapı izlendi. Açık cerrahi ile taşının alınması ve UPJ obstrüksiyonunun düzeltilmesi planlandı. Hasta UPJ darlığı ve staghorn taşı hakkında bilgilendirildi. Onamları alınarak hasta operasyona alındı.

BULGULAR

Operasyonda renal pelvis dilate ve UPJ düzeyinde üretere dıştan bası oluşturan alt pol renal arteri izlendi. Öncelikle renal pelvis açılarak yaklaşık 4,5 cm boyutundaki taş tek parça halinde dışarı alındı. Daha sonra alt pol renal arterinin üreteri çaprazladığı yerin distalinden üreter kesilerek vasküler yapı korunacak şekilde üreterin seyri değiştirilip renal pelvis vasküler yapının posterioruna alındı. Üreteroüreterostomi işlemi uygulanıp antegrad D-J stent yerleştirilerek işlem komplikasyonsuz sonlandırıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. Hasta gerekli uyarı ve bilgilendirmelerden sonra taburcu edildi.

SONUÇ

Bu çalışmada tanısı erişkin yaşa kadar geciken ve klinikte karşımıza staghorn böbrek taşı ile gelen vaka sunulmuştur. UPJ darlık sadece genç yaşlarda beklenmemelidir. Özellikle komplike böbrek taşlarında UPJ darlık gibi altta yatabilecek başka patolojiler açısından da hastaların değerlendirilmesinin önemli olduğunu düşünüyoruz. Vakamızda olduğu gibi taş cerrahisi ile birlikte altta yatan patolojinin de eş zamanlı düzeltilmesinin oldukça önemli olduğunu vurguluyoruz. Böylece hasta ikincil cerrahi işlemlere maruz kalmaz aynı zamanda doktoru da olası can sıkıcı durumlardan korur.



SB-156) PARSİYEL NEFREKTOMİ SONRASI EGFR KAYBINI ÖNGÖRMEDE TÜMÖR HACMİ/BÖBREK HACMİ ORANININ ROLÜ

BURAK SAĞMAK(1) ÜMİT UYSAL(1) MUSTAFA FURKAN ÖZOVA(1) ERGÜN ALMA(1)

1. ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Parsiyel nefrektomi sonrası renal fonksiyon kaybı yalnızca tümör boyutu ile değil, korunan fonksiyonel parankim miktarı, tümör anatomisi, iskemi süresi ve cerrahi teknik gibi çoklu faktörlerle ilişkilidir. Aynı tümör hacminin farklı böbrek hacimlerinde farklı fonksiyonel etkiler oluşturabileceği düşünüldüğünde, tümör yükünün böbrek hacmine göre değerlendirilmesi daha gerçekçi bir yaklaşım sağlayabilir. Bu çalışmada, parsiyel nefrektomi uygulanan hastalarda tümör hacmi/böbrek hacmi oranının postoperatif bazal eGFR kaybını öngörmedeki değerinin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Eylül 2018–Mart 2025 tarihleri arasında açık veya laparoskopik teknikle parsiyel nefrektomi uygulanan 205 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Preoperatif eGFR, postoperatif bazal eGFR, tümör hacmi ve böbrek hacmi verileri eksiksiz olan 196 hasta analize dahil edildi. Tümör hacmi/böbrek hacmi oranı yüzde olarak hesaplandı. Renal fonksiyon kaybı, preoperatif eGFR ile postoperatif bazal eGFR arasındaki mutlak ve yüzdesel fark olarak tanımlandı. Belirgin renal fonksiyon kaybı, postoperatif bazal eGFR'de ?%15 azalma olarak kabul edildi. Tümör hacmi/böbrek hacmi oranı ile eGFR kaybı arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. Oranın belirgin eGFR kaybını öngörmedeki performansı ROC analizi ile incelendi. Ayrıca optimal eşik değere göre oluşturulan gruplar renal fonksiyon kaybı açısından karşılaştırıldı. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde yaş, preoperatif eGFR, R.E.N.A.L. nefrometri skoru ve iskemi süresi ile birlikte bağımsız ilişki değerlendirildi.

BULGULAR

Analize dahil edilen 196 hastada ortalama preoperatif eGFR 96.33 ± 23.43 mL/dk/1.73 m², postoperatif bazal eGFR 89.00 ± 24.89 mL/dk/1.73 m² idi. Ortalama mutlak eGFR kaybı 6.83 ± 10.84 mL/dk/1.73 m², ortalama yüzdesel eGFR kaybı %7.27 ± 12.13 olarak saptandı. Ortalama tümör hacmi/böbrek hacmi oranı %25.84 ± 50.70, medyan oran %12.35 idi. Tümör hacmi/böbrek hacmi oranı hem mutlak eGFR kaybı (rho=0.203; p=0.004) hem de yüzdesel eGFR kaybı (rho=0.207; p=0.004) ile pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterdi. ROC analizinde ?%15 eGFR kaybını öngörmede AUC 0.606 olarak bulundu. Optimal eşik değer %12.35 olup sensitivite %71.1, spesifite %55.6 idi. Oranı ?%12.35 olan hastalarda mutlak eGFR kaybı (9.52 ± 11.88 ve 4.09 ± 8.93 mL/dk/1.73 m²; p<0.001), yüzdesel eGFR kaybı (%10.62 ± 13.23 ve %3.85 ± 9.85; p<0.001) ve belirgin eGFR kaybı oranı (%32.3 ve %13.4; p=0.002) daha yüksekti. Çok değişkenli analizde tümör hacmi/böbrek hacmi oranının ?%12.35 olması, ?%15 eGFR kaybı ile bağımsız olarak ilişkili bulundu (OR: 3.09; %95 GA: 1.48–6.45; p=0.003).

SONUÇ

Parsiyel nefrektomi uygulanan hastalarda tümör hacmi/böbrek hacmi oranı, postoperatif bazal eGFR kaybı ile anlamlı şekilde ilişkilidir. Bu oran tek başına güçlü bir prediktif araç olmamakla birlikte, tümör boyutuna ek olarak renal fonksiyon kaybı riskini değerlendirmede kullanılabilecek pratik ve hacim temelli bir belirteç olabilir.

SB-157) HEMOGLOBİN, ALBÜMİN, LENFOSİT VE TROMBOSİT (HALP) SKORUNUN TESTİKÜLER TÜMÖR AGRESİFLİĞİ VE PROGNOZU İLE İLİŞKİSİ

ÖZGÜR EKİCİ(1) UĞUR AKGÜN(1) ERKAN BÜYÜKDEMİRCİ(2) SİNAN AVCI(1) VOLKAN ÇAĞLAYAN(1) ABDULLAH ERDOĞAN(1) EFE ÖNEN(1) RIDVAN ÖZCAN(3) SEDAT ÖNER(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ
2. ANKARA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ
3. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Hemoglobin, albümin, lenfosit ve trombosit değerlerinden hesaplanan HALP skorunun testiküler tümörlü hastalarda tümör evresi, lenf nodu tutulumu, uzak metastaz ve prognoz ile ilişkisini araştırmak.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2020 – Ocak 2024 tarihleri arasında testiküler tümör nedeniyle radikal orkiyektomi uygulanan 18–50 yaş arası 74 erkek hasta retrospektif olarak incelendi. Preoperatif hemogram parametreleri ve serum albümin düzeyleri kaydedildi. HALP skoru; hemoglobin (g/L) × albümin (g/L) × lenfosit sayısı (/L) / trombosit sayısı (/L) formülüyle hesaplandı. Tümör evrelemesi postoperatif radyolojik görüntüleme ve serum tümör belirteçlerine göre yapıldı. Sürekli değişkenler için Mann–Whitney U testi uygulandı; ROC eğrisi analizi ile kesim değerleri belirlendi.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 30,3±6,4 yıl idi. Patoloji dağılımı: seminoma %48,6, mikst germ hücreli tümör %28,4, embriyonel karsinom %16,2. Evreleme: pT1 %63,5, N0 %68,9, M0 %87,8. Metastaz %13,5, retroperitoneal lenf nodu invazyonu (RPLNI) %29,7 oranında saptandı. Metastaz varlığında HALP skoru belirgin düşük saptandı (27,2 vs 51,1; $p<0,001$). RPLNI varlığında HALP skoru anlamlı olarak daha düşüktü (28,6 vs 52,9; $p<0,001$). T, N ve M evresi arttıkça HALP skoru istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldı ($p=0,041$; $p<0,001$; $p=0,002$). Kemoterapi alan hastalarda HALP skoru almayanlara göre anlamlı düşük saptandı (39,3 vs 55,3; $p=0,001$). Progresyon gelişen hastalarda HALP skoru belirgin olarak daha düşüktü (25,3 vs 50,5; $p=0,002$). Mortalite gelişen hastalarda HALP skoru çok daha düşük saptandı (17,2 vs 47,1; $p=0,036$). ROC analizinde: RPLNI kesim değeri 31,62 (AUC 0,779); metastaz 40,36 (AUC 0,861; duyarlılık %100); progresyon 30,67 (AUC 0,845); mortalite 26,61 (AUC 0,938; duyarlılık %100; özgüllük %87,5).

SONUÇ

Düşük HALP skoru, testiküler tümörlü hastalarda ileri evre hastalık, kötü prognoz ve yüksek mortalite riski ile bağımsız olarak ilişkilidir. Rutin kan parametrelerinden hesaplanan HALP skoru, maliyet etkin ve kolay uygulanabilir bir prognostik araç olarak klinik kullanıma entegre edilebilir.

Tablo. HALP Skorunun Klinik Gruplar, TNM Evresi ve Prognostik Kesim Değerleri ile İlişkisi (n=74)

♦ HALP Skorunun Klinik Gruplarla Karşılaştırması [medyan (IQR)]

Değişken / Grup	HALP Skoru (Yok / Absent)	HALP Skoru (Var / Present)	p değeri
METASTAZİS ve RPLNI			
Metastaz	51,1 (36,7-63,4)	27,2 (21,4-37,8)	<0,001*
RPLNI (Retroperitoneal LN İnv.)	52,9 (39,7-63,8)	28,6 (23,6-45,8)	<0,001*
KLİNİK SONUÇLAR			
Kemoterapi	55,3 (39,7-66,8)	39,3 (24,2-51,9)	0,001*
Progresyon	50,5 (37,0-63,1)	25,3 (16,9-29,8)	0,002*
Mortalite	47,1 (33,4-61,4)	17,2 (8,2-26,0)	0,036*
TÜMÖRLATERALİTE ve HİSTOLOJİ			
Tümör lateralitesi (Sağ vs Sol)	55,3 (36,7-65,2)	44,6 (30,3-58,8)	0,175
Histolojik tip (Seminoma vs Diğer)	48,8 (33,4-57,9)	45,4 (32,1-63,1)	0,759

♦ HALP Skorunun TNM Evresiyle İlişkisi [medyan (IQR)]

Evreleme	Alt grup	n (%)	HALP Skoru Median (IQR)	p değeri
T Evresi				0,041*
–	T1	47 (%63,5)	47,2 (33,8-63,5)	–
–	T2	21 (%28,4)	50,4 (33,3-59,5)	–
–	T3	6 (%8,1)	26,6 (13,0-43,0)	–
N Evresi				<0,001*
–	N0	51 (%68,9)	52,5 (39,5-63,9)	–
–	N1	7 (%9,5)	56,2 (39,2-75,7)	–
–	N2	10 (%13,5)	28,6 (24,3-33,2)	–
–	N3	6 (%8,1)	19,6 (13,0-30,9)	–
M Evresi				0,002*
–	M0	65 (%87,8)	51,0 (36,6-63,3)	–
–	M1a	6 (%8,1)	26,7 (19,8-32,7)	–
–	M1b	3 (%4,1)	27,2 (27,1-40,3)	–

♦ HALP Skoru ROC Analizi – Kesim Değerleri

Sonlanım Noktası	Kesim Değeri	AUC (%95 GA)	p değeri	Duyarlılık (%)	Özgüllük (%)
RPLNI	31,62	0,779 (0,644-0,913)	<0,001*	63,6	92,3
Metastaz	40,36	0,861 (0,771-0,951)	<0,001*	100,0	68,7
Progresyon	30,67	0,845 (0,680-1,000)	0,002*	87,5	84,8
Mortalite	26,61	0,938 (0,839-1,000)	0,036*	100,0	87,5

** İstatistiksel olarak anlamlı (p<0,05). San satır: anlamlı sonuç. HALP: Hemoglobin x Albümin x Lenfosit / Trombosit. RPLNI: Retroperitoneal lenf nodu invazyonu; AUC: Eğri altı alan; GA: Güven aralığı; IQR: Çeyrekler arası aralık.*

SB-158) RENAL VEN TÜMÖR TROMBÜSÜNE NEDEN OLAN DEV RENAL PELVİS ÜROTELYAL KARSİNOMU: KARINDA ŞİŞLİK ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN GECİKMİŞ OLGU SUNUMU

MEHMET SENCER SÖZEN(1) ÖMER FARUK ÖRNEK(2) ABDULLAH ESMERAY(1) RESUL SOBAY(1) HACI MURAT AKGÜL(1)

1. ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. HAKKARİ DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Üst üriner sistem ürotelyal karsinomları (ÜÜS-ÜK), tüm ürotelyal malignitelerin yaklaşık %5–10'unu oluşturan nadir tümörlerdir. Mesane kanseri öyküsü bulunan hastalarda metakron ÜÜS-ÜK gelişme riski artmaktadır. Kasa invaze olmayan mesane kanseri (KİOMK) özgeçmişi olan ve düzenli takiplerine gelmeyen olguda karında şişlik gelişmesi üzerine Üroloji kliniğine tekrar başvurdu ve 30 cm renal kitle tespit edildi. Bu olguda, renal pelvis kaynaklı invaziv ürotelyal karsinomun klinik, cerrahi ve patolojik (+ vasküler ven trombüsü) özelliklerinin sunulması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

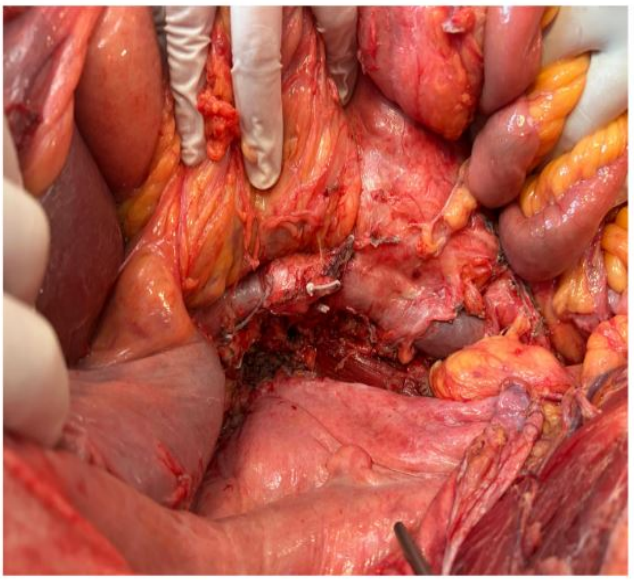
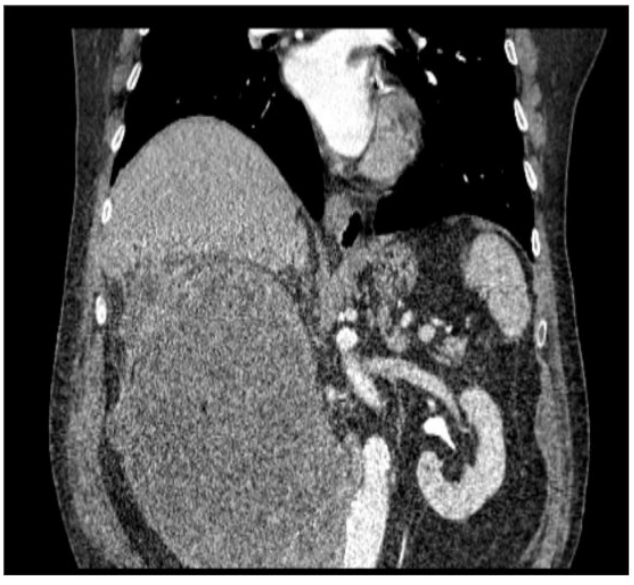
Düzenli takiplerine gelmeyen 81 yaşındaki erkek hasta; özgeçmişi sorgulandığında 2012 yılında Ta yüksek grade, T1 yüksek grade tanıları nedeniyle çok sayıda TUR-M uygulandığı ve intravezikal BCG tedavisi aldığı ve takip sistoskopilerinde mesanede nüks saptanmadığı görüldü. Kasım 2025'te yapılan ultrasonografide sağ böbrek lojunda 31x24 cm kistik-solid kitle izlendi. Kontrastlı abdomen BT'de yaklaşık 26x31 cm boyutunda heterojen kontrastlanan sağ renal kitle saptandı. Preoperatif sistoskopide mesanede tümör izlenmedi. Toraks BT'de sub-santimetrik pulmoner nodüller görüldü. Hastaya açık sağ radikal nefroüreterektomi, mesane cuff eksizyonu ve retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu uygulandı.

BULGULAR

Operasyonda kitlenin vena cava inferior, duadenum, ana iliak arter ve vene ileri derecede yapışık olduğu görüldü. Diseksiyon sırasında gelişen vena cava inferior yaralanmaları 4.0 prolen sütür ile primer olarak onarıldı. Makroskopik incelemede böbreğin büyük bölümünü destrükte eden ve 32x30x24cm boyutunda tümör izlendi. Histopatolojik değerlendirmede renal pelvis kaynaklı high-grade invaziv ürotelyal karsinom, renal parankim invazyonu (pT3), renal ven tümör trombüsü (V1), negatif cerrahi sınırlar (R0) ve lenf nodu negatif (N0) raporlandı (pT3N0MxV1L0R0). PD-L1 ekspresyonu CPS<1 olarak negatif bulundu. Postoperatif PET-BT'de cerrahi saha ve retroperitoneal alandaki hipermetabolik odaklar postoperatif inflamatuvar değişiklikler lehine değerlendirildi. Multidisipline konseyde sağ akciğerde izlenen 6 mm nodül için radyolojik takip kararı alındı. Hastaya adjuvan kemoterapi tedavisi başlandı.

SONUÇ

Üst ürotelyal tümörler, renal tümörlerin aksine çok nadiren renal ven trombüsüne neden olurlar. Bu olguda renal pelvis ürotelyal kanserinin dev boyutlara ulaşarak renal ven trombüsüne sebep olup cerrahi tedaviyi önemli ölçüde güçleştirebileceğini göstermektedir. Yüksek riskli mesane kanseri bulunan hastalarda üst üriner sistemi de kapsayan düzenli ve uzun dönem takip son derece önemlidir.


Kontrastlı abdomen BT'de yaklaşık 26x31 cm boyutunda heterojen kontrastlanan sağ renal kitle (Şekil 1) Per-op görüntüleri (Şekil 2)

SB-159) PEDİATRİK ESWL'DE PROSEDÜREL FAKTÖRLERİN FLOROSKOPİ SÜRESİ ÜZERİNE ETKİSİ: MAKİNE ÖĞRENMESİ VE AÇIKLANABİLİR YAPAY ZEKÂ ANALİZİ

FERHAT ÇOBAN(1) HÜSEYİN KUTLU(2) MUSTAFA KEMAL KOÇ(1) MUSTAFA KILINÇ(1) ABDUSSAMED AKIN(1) BARAN TUNCER ADA(1) YUSUF MÜCAHİD PEKER(1) MUHAMMED İKBAL ÖZGÜLTEKİN(1) MEHMET ÖZGÜR YÜCEL(1) ALİ ÇİFT(1)

1. Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı
2. Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı

AMAÇ

Ekstrakorporeal şok dalga litotripsisi (ESWL), noninvaziv olması, tekrarlanabilirliği ve düşük morbidite oranları nedeniyle pediatrik üriner sistem taş hastalığının tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte, taş lokalizasyonu ve tedavi rehberliği amacıyla ESWL sırasında sıklıkla floroskopi kullanılmakta olup, radyasyon maruziyetinin en aza indirilmesi özellikle çocuklarda büyük önem taşımaktadır. Floroskopi süresi yalnızca hasta veya taşa bağlı özelliklerden değil, aynı zamanda değiştirilebilir nitelikte olabilecek işlemsel faktörlerden de etkilenebilir. Bu çalışmanın amacı, pediatrik ESWL'de işlemsel değişkenlerin seans başına ortalama floroskopi süresi üzerindeki etkisini makine öğrenmesi ve açıklanabilir yapay zekâ yöntemleri kullanarak değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Retrospektif bir pediatrik ESWL veri seti analiz edildi. Birincil sonlanım noktası dakika cinsinden kaydedilen seans başına ortalama floroskopi süresiydi. İşlemsel prediktörler; ESWL seans sayısı, seans başına ortalama şok dalga sayısı, seans başına ortalama enerji düzeyi ve operatör deneyiminden oluşmaktaydı. Operatör deneyimi, ayrı kategorilere ayrılmak yerine tek bir ikili sıralı işlemsel değişken olarak modele dahil edildi. Anestezi değişkeni, mevcut analiz veri setinde kullanılabilir veri bulunmaması nedeniyle modelleme sürecine dahil edilmedi. Önceden tanımlanmış analitik veri seti yapısının uygulanmasının ardından nihai modelleme kohortuna 794 kayıt dahil edildi.

İki tamamlayıcı modelleme stratejisi kullanıldı. İlk olarak, floroskopi süresi yalnızca işlemsel değişkenleri içeren Gradient Boosting regresyon modeli ile sürekli değişken olarak analiz edildi. Model performansı beş katlı çapraz doğrulama ile değerlendirildi ve ortalama mutlak hata (MAE), kök ortalama kare hata (RMSE) ve belirleme katsayısı (R^2) kullanılarak raporlandı.

İkinci olarak, klinik açıdan yorumlanabilir ikili bir sonuç değişkeni oluşturularak seans başına ortalama floroskopi süresinin 6 dakikadan uzun olması “uzamış floroskopi” olarak tanımlandı. Ardından bir Gradient Boosting sınıflandırma modeli geliştirildi ve ayırt edici performans eğri altında kalan alan (AUC) ile değerlendirildi. Açıklanabilirlik analizleri permutation importance ve SHAP yöntemleri kullanılarak gerçekleştirildi. Regresyon modelinde permutation importance, her değişkenin rastgele permütasyonu sonrasında ortalama mutlak hatadaki artış olarak ifade edildi. Sınıflandırma modelinde ise permütasyon sonrası AUC'deki azalma olarak hesaplandı. Global SHAP önemi, ortalama mutlak SHAP değerleri kullanılarak belirlendi.

BULGULAR

Nihai analiz 794 ESWL kaydını içerdi. Seans başına medyan floroskopi süresi 4,9 dakika olarak bulundu. Uzamış floroskopi süresi >6 dakika olarak tanımlandığında, 181 kayıt uzamış floroskopi grubunda, 613 kayıt ise uzamamış floroskopi grubunda sınıflandırıldı.

Regresyon analizinde yalnızca işlemsel değişkenleri içeren Gradient Boosting modeli; 1,173 dakikalık ortalama mutlak hata, 1,610 dakikalık kök ortalama kare hata ve 0,233'lük R^2 değeri elde etti. Bu bulgular, işlemsel değişkenlerin tek başına floroskopi süresindeki değişkenliğin ölçülebilir ancak sınırlı bir kısmını açıkladığını göstermektedir.

Regresyon modelindeki permutation importance analizi, operatör deneyiminin en etkili işlemsel faktör olduğunu ortaya koydu. Operatör deneyiminin permütasyonu tahmin hatasında en büyük artışa neden olurken, ortalama enerji düzeyi ve ortalama şok dalga sayısı daha sınırlı katkı gösterdi. ESWL seans sayısının regresyon performansı üzerindeki etkisi minimal düzeydeydi. SHAP analizi de bu bulguları destekledi. Regresyon modelinde operatör deneyimi 0,7598 dakikalık ortalama mutlak SHAP değeri ile en yüksek etkiye sahip değişken olarak belirlendi. Global SHAP sıralamasında operatör deneyimini ortalama şok dalga sayısı ve ortalama enerji düzeyi izlerken, ESWL seans sayısı en düşük katkıya sahip değişken olarak bulundu.

Sınıflandırma analizinde işlemsel model, uzamış floroskopi süresini öngörmede kabul edilebilir düzeyde ayırt edici performans gösterdi ve AUC değeri 0,779 olarak hesaplandı. Permutation importance analizi yine operatör deneyimini en baskın işlemsel prediktör olarak tanımladı. Operatör deneyiminin permütasyonu AUC değerinde en büyük düşüşe neden oldu. SHAP analizi de operatör deneyimini 1,0412'lik ortalama mutlak SHAP değeri ile en etkili değişken olarak gösterdi. Ortalama enerji düzeyi ve ortalama şok dalga sayısı modele katkıda bulunmakla birlikte etkileri operatör deneyimine kıyasla daha düşüktü. ESWL seans sayısı ise yine en düşük etkiye sahip değişken olarak bulundu.

SONUÇ

Bu pediatrik ESWL kohortunda işlemsel faktörlerin seans başına ortalama floroskopi süresi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Operatör deneyimi, hem sürekli floroskopi süresi tahmininde hem de uzamış floroskopi sınıflandırmasında en önemli işlemsel belirleyici olarak ortaya çıkmıştır. Ortalama enerji düzeyi ve ortalama şok dalga sayısı da model tahminlerine katkı sağlamakla birlikte, etkileri operatör deneyimine göre daha düşük düzeydedir.

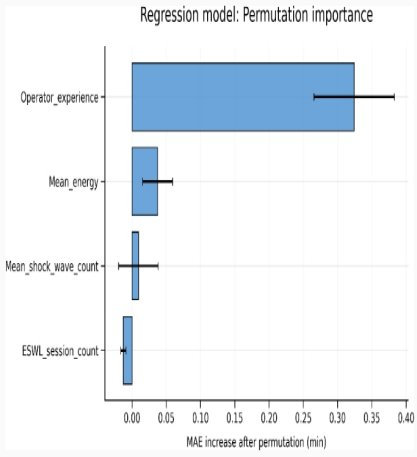
Uzamış floroskopi süresinin (>6 dakika) belirlenmesinde sınıflandırma modelinin 0,779 AUC değeri elde etmesi, işlemsel değişkenlerin uzamış floroskopi riskinin tanınmasında anlamlı bilgi sağladığını göstermektedir. Bu bulgular, pediatrik ESWL'de radyasyon maruziyetini azaltmaya yönelik girişimlerde işlemsel optimizasyonun ve operatörle ilişkili faktörlerin önemini desteklemektedir.

Permutation importance ve SHAP analizlerini içeren açıklanabilir yapay zekâ yöntemleri, işlemsel değişkenlerin göreceli etkilerine ilişkin şeffaf ve klinik olarak yorumlanabilir kanıtlar sunmuştur. Bu yaklaşımlar, pediatrik taş tedavisinde kalite geliştirme çalışmalarını, işlemsel standardizasyonu ve radyasyon güvenliği stratejilerini destekleyebilir.

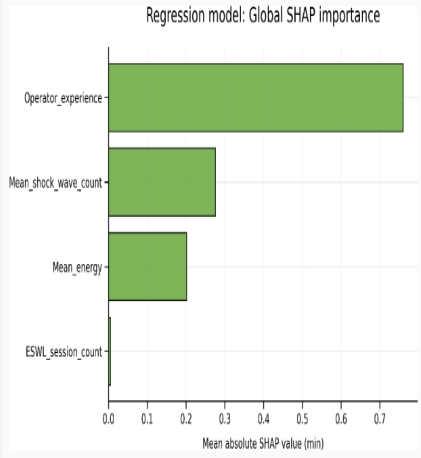
Procedural Factors Fluoroscopy Time XAI Composite

Operator_experience kept as single feature | ROC AUC > 6 min = 0.779

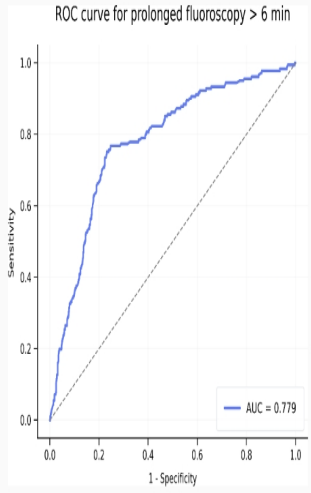
A Regression Permutation Importance



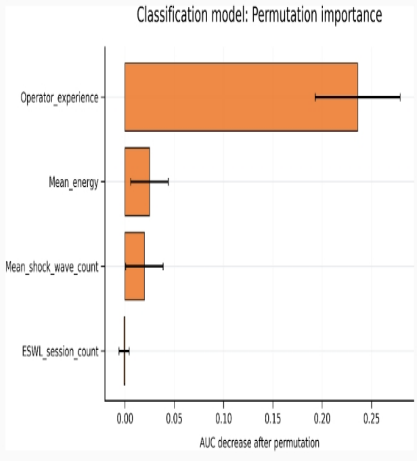
B Regression Global SHAP



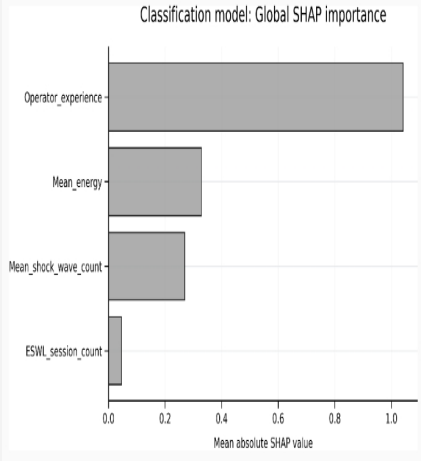
C ROC AUC > 6 min



D Classification Permutation Importance



E Classification Global SHAP



F Summary

n_records = 807

excluded_outlier_shock_wave_count_gt_5000 = 1

regression_MAE_min = 1.173

regression_RMSE_min = 1.610

regression_R2 = 0.233

classification_AUC_gt_6_min = 0.779

top_feature = Operator_experience

SB-160) ENDOÜROLOJİK KARAR VERMEDE BÜYÜK DİL MODELLERİ: ON MODELİN EAU 2026 ÜROLİTİAZİS KILAVUZU TEMELİNDE KARŞILAŞTIRMALI DEĞERLENDİRMESİ, RIRSEARCH ÇALIŞMA GRUBU

HAKAN ÇAKIR(1) CEM BAŞATAÇ(2) HACI MURAT AKGÜL(3) OKTAY ÖZMAN(4) MUHAMMET FATİH ŞİMŞEKOĞLU(5) MEHMET FATİH ŞAHİN(6) KEREM TEKE(7) ÖNDER ÇINAR(8) BARBAROS BAŞESKİOĞLU(9) EYÜP BIURAK SANCAK(10) CENK MURAT YAZICI(6) BÜLENT ÖNAL(5) HALUK AKPINAR(2)

1. Acıbadem Fulya Hastanesi
2. ÖZEL FLORANCE NİGHTİNGALE HASTANESİ
3. SBÜ Ümraniye EAH, Üroloji Bölümü
4. Memorial Sağlık Grubu Bahçelievler Hastanesi, Üroloji Bölümü
5. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
6. Namık Kemal Üniversitesi, Üroloji AD
7. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
8. Medicana International Samsun Hastanesi, Üroloji Bölümü
9. Özel Üroloji Kliniği, Eskişehir
10. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

On güncel büyük dil modelinin (BDM) ürolitiazise yaklaşımda kılavuz uyumlu klinik karar verme doğruluğunu, endoürolojik tedavi (üreteroskopi/RIRS ve perkütan nefrolitotomi) vurgusuyla değerlendirmek ve karşılaştırmak.

GEREÇ-YÖNTEM

EAU Ürolitiazis Kılavuzu (sınırlı güncelleme, Mart 2026) temel alınarak, 11 alanı kapsayan ve bilinçli olarak URS/RIRS (n=14) ile PNL (n=7) ağırlıklı 50 soruluk, tek doğru cevaplı bir ölçüm aracı oluşturuldu. Her soru belirli bir kılavuz önerisiyle eşleştirildi; soru–cevap anahtarı uyumu iki yazar tarafından bağımsız olarak kaynak kılavuza göre doğrulandı ve uyuşmazlıklar uzlaşıyla çözüldü. On BDM (ChatGPT 5.5, Claude Fable 5 High, Gemini 3.5 Flash, DeepSeek-V4, Grok 4, Perplexity, Qwen 3.7-Plus, Mistral Medium 3.5, Kimi 2.6 Thinking, Z.ai GLM) standart sıfır-atışlı (zero-shot) protokolle, her soru ayrı bir oturumda ve yalnızca harf yanıtı alınacak şekilde sorgulandı. Genel ve alan bazlı doğruluk hesaplandı.

BULGULAR

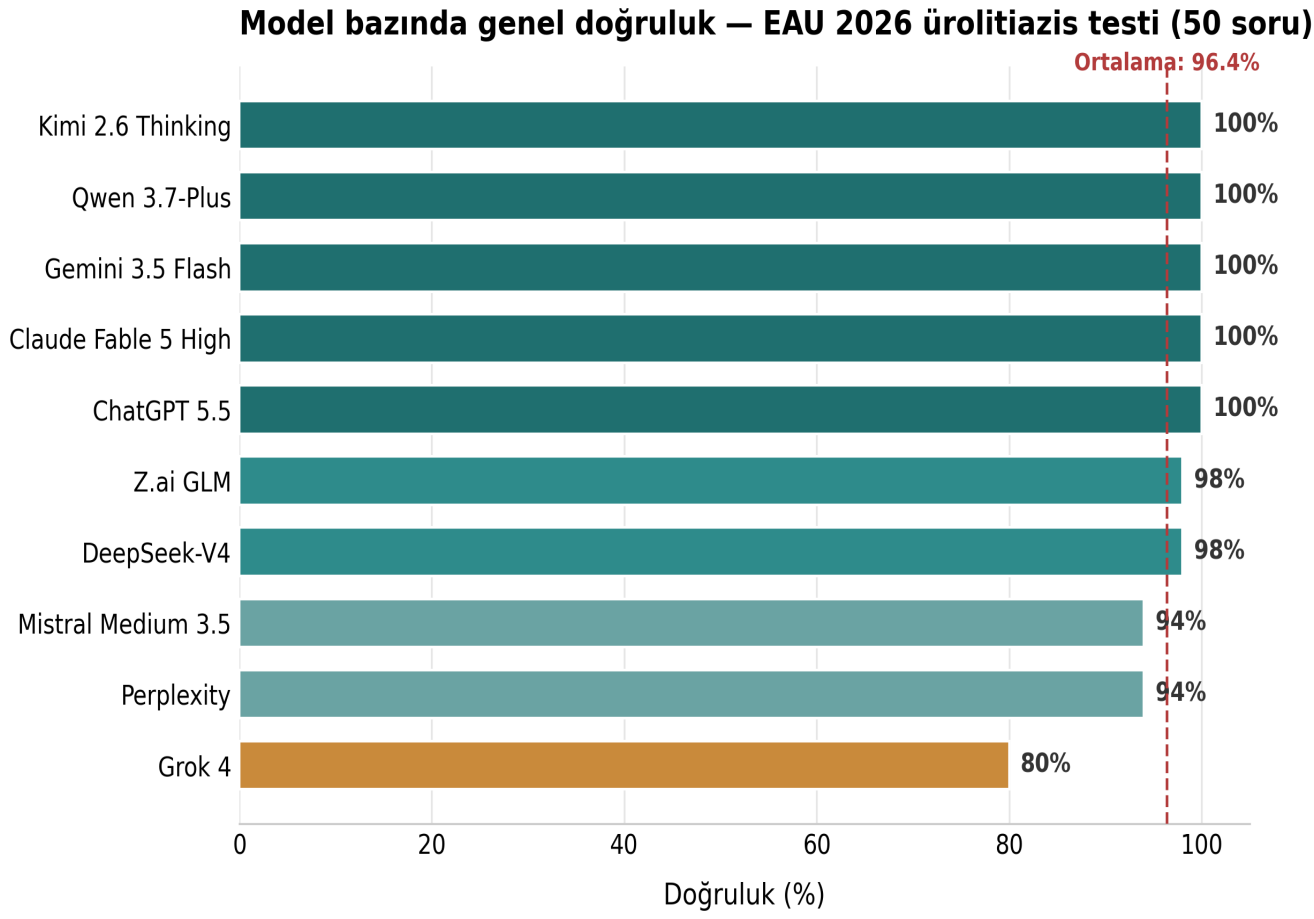
Modeller arası ortalama doğruluk %96.4 idi (medyan %99.0; aralık %80.0–100.0; SD 5.9). Beş model %100 doğruluğa ulaştı (ChatGPT 5.5, Claude Fable 5 High, Gemini 3.5 Flash, Qwen 3.7-Plus, Kimi 2.6 Thinking); en düşük performans %80.0 ile Grok 4'te görüldü. Alan bazında doğruluk en yüksek URS/RIRS'te (%99.3) ve renal kolik, medikal ekspulsif tedavi ile taş sınıflamasında %100 iken; en düşük tedavi modalitesi seçiminde (%87.5) ve tanı/görüntülemede (%92.5) saptandı. Kalıcı hatalar, çoğunlukla taş boyutu ve lokalizasyonuna göre önerilen birinci basamak modalitede olmak üzere (ör. >20 mm renal taşlarda birinci basamak olarak PNL) modalite seçimi sorularında yoğunlaştı.

SONUÇ

Güncel öncü BDM'leri kılavuz uyumlu ürolitiazis bilgisinde tavana yakın performans göstermektedir; ancak modeller arasında anlamlı heterojenite sürmekte ve kalıcı hatalar bilgi hatırlamadan çok tedavi modalitesi seçiminde toplanmaktadır. Klinik entegrasyon öncesinde, özellikle karar yoğunluklu endoürolojik senaryolarda, kılavuz temelli karşılaştırmalı değerlendirme gerekliliğini korumaktadır.

Klinik alan	Soru (n)	Ortalama Doğruluk (%)
Renal kolik	3	100
Medikal ekspulsif tedavi	3	100
Sınıflama & taş analizi	2	100
Üreteroskopi / RIRS	14	99.3
Sepsis / obstrükte böbrek	4	97.5
Şok dalga litotripsisi (SWL)	5	96
Perkütan nefrolitotomi (PNL)	7	95.7
Kemoliz	3	93.3
Tanı & görüntüleme	4	92.5
Genel önlemler / profilaksi	1	90
Tedavi algoritması / modalite seçimi	4	87.5
Genel	50	96.4

EAU 2026 ürolitiazis testinde on büyük dil modeli genelinde alan bazlı ortalama doğruluk.



SB-161) RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİDE YAPAY ZEKA YÖNTEMLERİNİN POSTOPERATİF KOMPLİKASYON VE BAŞARIYI TAHMİN ETMEDEKİ ROLÜ

MUHAMMED EREN KOCAEREN(1) ERDEM CAN TOPKAÇ(1) MEHMET FATİH ŞAHİN(1) ERKAN ÖZHAN(2) RIDVAN ÖZCAN(1) CENK MURAT YAZICI(1) ÇAĞRI DOĞAN(1)

1. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. tekirdağ namık kemal üniversitesi çorlu mühendislik fakültesi

AMAÇ

Retrograd intrarenal cerrahi (RİRC) günümüzde böbrek taşlarının tedavisinde yaygın olarak kullanılan minimal invaziv bir yöntemdir. RİRC sonrası cerrahi başarı ve postoperatif komplikasyonlar; hasta, taş ve cerrahiye ait çok sayıda değişkenden etkilenmektedir. Bu çalışmada, RİRC uygulanan hastalarda postoperatif komplikasyon ve cerrahi başarıyı öngörmede yapay zekâ temelli makine öğrenmesi yöntemlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

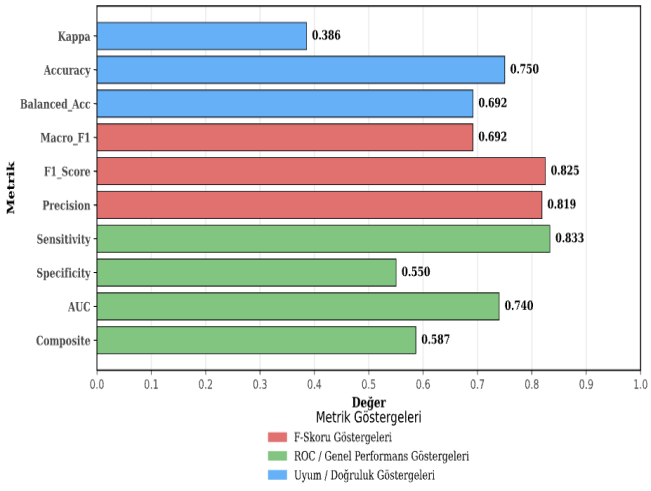
Ocak 2016–Mart 2025 tarihleri arasında Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniğinde RİRC uygulanan 1585 hastaya ait veriler retrospektif olarak analiz edildi. Hastalara ait demografik özellikler, klinik bulgular, taş karakteristikleri, laboratuvar verileri ve cerrahi parametreleri içeren toplam 38 öznitelik kullanılarak cerrahi başarı, postoperatif komplikasyon varlığı hedef değişkenleri için çeşitli makine öğrenmesi modelleri oluşturulmuştur. Modellerin performansı doğruluk, dengeli doğruluk, AUC, Macro F1 skoru ve Cohen’s Kappa katsayısı kullanılarak değerlendirilmiştir.

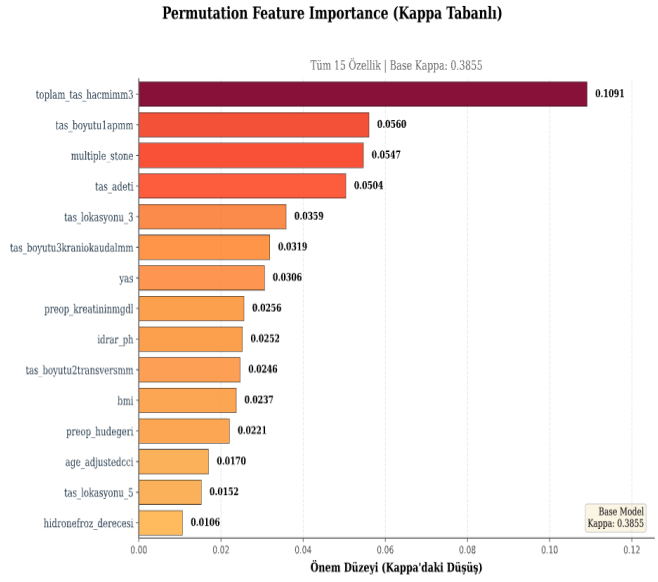
BULGULAR

Cerrahi başarı tahmininde en yüksek performans Lasso regresyon modeli ile elde edilmiş olup Kappa katsayısı 0,38, doğruluk 0,75, F1 skoru 0,82 ve eğri altında kalan alan 0,7407 olarak bulunmuştur. Postoperatif komplikasyon tahmininde ise en yüksek performans VFI modelinde elde edilmiş olup Kappa katsayısı 0,13, doğruluk 0,7129, F1 skoru 0,26, ve eğri altında kalan alan 0,624 olarak bulunmuştur. Modellerin doğruluk oranları görece yüksek olmakla birlikte Kappa değerlerinin düşük seviyelerde kaldığı saptanmıştır. Değişken analizlerinde toplam taş hacmi, taş sayısı ve taş boyutunun cerrahi başarıyı öngörmede en belirgin değişkenler olduğu görülmüştür.

SONUÇ

Sonuç olarak bu çalışmada makine öğrenmesi yöntemlerinin RİRC sonrası cerrahi başarı ve komplikasyon riskinin öngörülmesinde potansiyel fayda sağlayabileceğini; ancak nadir görülen komplikasyonların tahmininde sınırlılıkların bulunduğunu göstermektedir.





Algoritma	Balance Method	Kappa	Accuracy	Macro F1	F1 Score	Balanced Accuracy	AUC	Composite
Lasso	Orijinal	0.3863	0.7503	0.6813	0.8201	0.6825	0.7407	0.5725
Random Forest	Orijinal	0.3549	0.7426	0.6762	0.5315	0.6746	0.7437	0.5676
SVM Linear	Smote	0.3534	0.7167	0.6737	0.5584	0.6903	0.7474	0.5585
Lasso	Smote	0.3462	0.7035	0.6677	0.5625	0.6925	0.7449	0.5498
Random Forest	Smote	0.3453	0.7331	0.6714	0.5315	0.6739	0.7401	0.5595
Lojistik Regresyon	Orijinal	0.3374	0.7300	0.6676	0.5261	0.6690	0.7370	0.5542

SB-162) ÜROLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN YAPAY ZEKA VE DİĞER ÇEVRİM İÇİ PLATFORMLARI KULLANMA ALIŞKANLIKLARI

RİDELL LOGLİ(1) ERAY HASIRCI(1) ENİS KERVANCIOĞLU(1) ERMAN CEYHAN(1)

1. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

AMAÇ
Yapay zeka uygulamaları ve çevirim içi platformlar, sağlık alanında bilgi edinmek amacıyla giderek daha sık kullanılmaktadır. Bu çalışmada, üroloji polikliniğine başvuru öncesinde bu kaynakların kullanım oranları, tercih edilen platformlar ve bu kaynakların klinik başvuru kararları üzerindeki etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

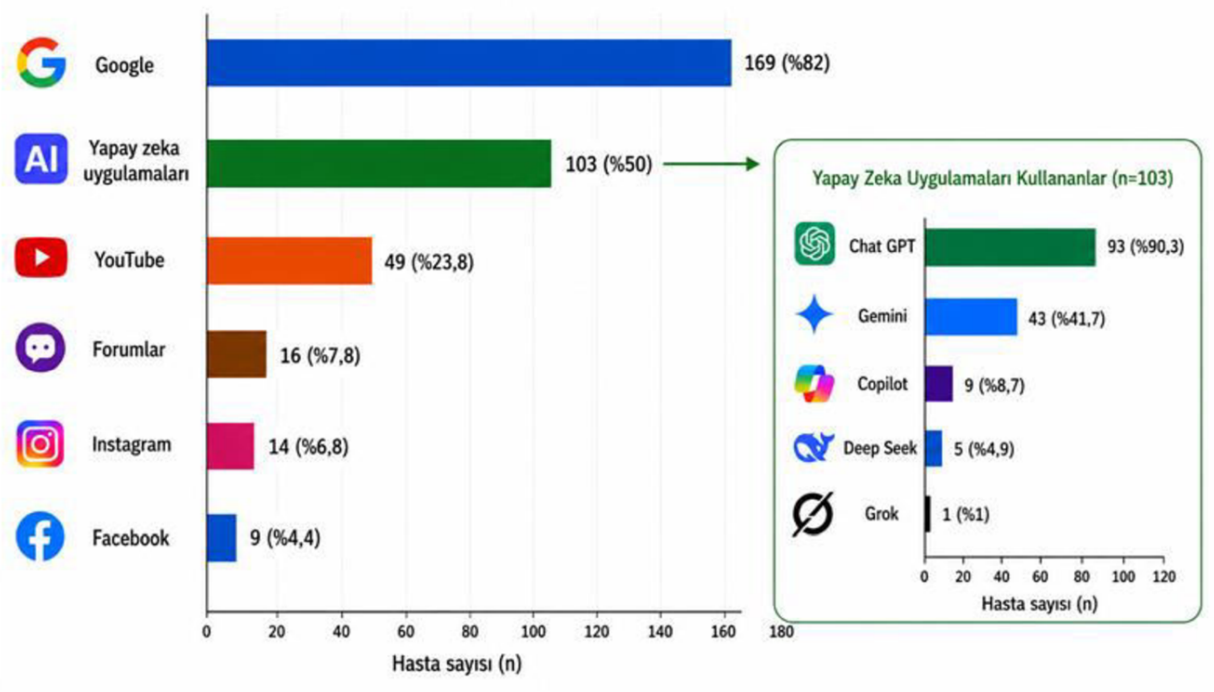
GEREÇ-YÖNTEM
Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu'ndan (Proje No: KA25/423) onay alındıktan sonra prospektif olarak katılımcılar çalışmaya dahil edildi. Üroloji kliniğine 01.12.2025–01.03.2026 tarihleri arasında başvuran 18 yaş ve üzerindeki hastalar ve hasta yakınları çalışmaya dahil edildi. Katılımcılar tarafından doldurulan ankette demografik özellikler, başvuru nedenleri, yapay zeka ve çevirim içi platformları kullanım durumu, bu kaynaklardan edinilen bilgilerin özellikleri ve klinik kararlar üzerindeki etkisi değerlendirildi.

BULGULAR
Çalışmaya 353 kişi dahil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması 56,5±16,5 yıl olup, 243'ü (%68,8) erkek ve 110'u (%31,2) kadındı. Eğitim düzeyi açısından hastaların 79'u (%22,4) lise, 185'i (%52,4) lisans, 65'i (%18,4) yüksek lisans ve 24'ü (%6,8) doktora mezunuydu. Polikliniğe başvurmadan önce katılımcıların 206'sı (%58,4) internette sağlık sorunuyla ilgili araştırma yaptığını bildirdi. Dijital kaynaklar ile yapay zeka uygulamalarının kullanım oranları Figür 1'de gösterilmiştir. Yapay zeka uygulamalarını kullananların %25'inin (26/103) ücretli hesap üyeliği olduğu öğrenildi. Başvuru nedeni tek başına değerlendirildiğinde en sık neden işeme semptomları/prostat hastalıkları (%32,6, n=115), ikinci sık neden ise idrar yolu enfeksiyonu/idrarda yanmaydı (%9,9, n=35). İnternette araştırılan en sık konu olası tanılardı (%22,3, 46/206). Bunu hangi doktora başvurulması gerektiğine ilişkin bilgiler (%9,7, 20/206) takip etti. İnternetten edinilen bilgilere ilişkin değerlendirmeler Tablo 1'de listelenmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%69,4) bilgilerin anlaşılır olduğunu belirtti, yalnızca %44,6'sı bu bilgileri güvenilir buldu. Buna karşın katılımcıların %60,7'si internetten edindiği bilgileri hekime doğrulatmak istediğini belirdi. Dijital kaynaklar 62 (%30,1) katılımcıya ilaç önerisinde bulunurken, bu öneriyi 17 kişinin uyguladığı görüldü. Katılımcıların 127'sine (%61,7) dijital kaynaklar tarafından acilen doktora başvurmasının önerildiği tespit edildi. Edinilen bilgiler 40 (%19,4) katılımcıda kanser olma düşüncesi oluşturduğu görüldü. Hekimlerin yapay zeka kullanmasına yönelik bakış açıları değerlendirildiğinde 69 (%33,5) katılımcı bu durumu olumsuz, 62 (%30,1) katılımcı olumlu karşıladığını belirtirken, 75 (%36,4) katılımcı kararsız olduğunu ifade etti. Katılımcılar yaşlarına göre incelendiğinde internette arama yapanların daha genç olduğu görüldü (53 yaş ve 64 yaş, p=0,000).

SONUÇ
İnternet ve yapay zeka uygulamaları, hastaların sağlıkla ilişkili bilgiye ulaşmasında giderek daha fazla oranda kullanılır hale gelmiştir. Ancak hastaların çevirim içi olarak ulaştığı bilgilerin bir kısmı yanıltıcı olabilmekte, hastalara ilaç gibi tedavi önerileri verebilmekte ve tanı koyarak hastalardaki kaygıyı arttırabilmektedir. Hastaların büyük bölümü bu bilgileri hala hekimlerine doğrulama ihtiyacı hissetmekte olup, bu durum hekimin hasta yönetimindeki ana unsur olduğunu ve yapay zeka araçlarının hala dikkatli kullanılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Değerlendirme	Kesinlikle katılmıyorum n (%)	Katılmıyorum n (%)	Kararsızım n (%)	Katılıyorum n (%)	Kesinlikle katılıyorum n (%)
Anlaşılabilirlik	7(%3,4)	11(%5,3)	45(%21,8)	77(%37,4)	66(%32)
Güvenilirlik	3(%1,5)	20(%9,7)	91(%44,2)	67(%32,5)	25(%12,1)
Kaygı üzerine etkisi	31(%15)	42(%20,4)	61(%29,6)	50(%24,3)	22(%10,7)
Başvuru kararına etkisi	35(%17)	20(%9,7)	56(%27,2)	62(%30,1)	33(%16)
Hekime doğrulatma isteği	34(%16,5)	15(%7,3)	32(%15,5)	53(%25,7)	72(%35)
Tedavi kararına etkisi	42(%20,4)	30(%14,6)	40(%19,4)	59(%28,6)	35(%17)

Tablo 1. İnternetten edinilen bilgilere ilişkin katılımcı değerlendirmeleri



Figür 1. Poliklinik başvurusu öncesi internette arama yapan hastaların (n=206) ve yapay zeka kullanan hastaların (n=103) oranları.

SB-163) KLİNİK OLARAK ANLAMLI PROSTAT KANSERİ ÖNGÖRÜSÜNDE YAPAY ZEKÂ TABANLI ZONAL PSA DANSİTESİ VE MRG KAYNAKLI PARAMETRELER

BANU ALICIOĞLU(1) NECMETTİN AYDIN MUNGAN(1) EYUP TARIK SARDAĞ(1) FEVZİCAN ELARSLAN(1) BANU DOĞAN GÜN(1)

1. ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Multiparametrik prostat manyetik rezonans görüntüleme (mpMRG), prostat kanseri tanısında temel yöntemlerden biri haline gelmiş olmakla birlikte, özellikle ekivokal lezyonlarda özgüllüğü sınırlı kalmaktadır. Prostat spesifik antijen yoğunluğu (PSAY) risk sınıflandırmasını iyileştirse de, günümüzde kullanılan tüm bez PSAD (WgPSAD) eşik değerleri prostat içi zonal heterojenliği dikkate almamaktadır. Periferik zon ve transizyonel zonun farklı biyolojik ve anatomik özellikleri göz önünde bulundurulduğunda, zona özgü PSAD parametreleri ek tanısal değer sağlayabilir. Bu çalışmada, zona özgü PSAD metriklerinin PI-RADS ile birlikte değerlendirilmesinin klinik olarak anlamlı prostat kanseri (csPCa) saptanmasını iyileştirip iyileştirmediği ve gereksiz biyopsileri azaltma potansiyeli araştırılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif tek merkezli çalışmaya prostat kanseri şüphesiyle mpMRG yapılan ve histopatolojik doğrulaması bulunan hastalar dahil edildi. Klinik olarak anlamlı prostat kanseri (kaPKa), radikal prostatektomi patolojisinde ISUP Grade Group ?2 olarak tanımlandı. Hastalar; benign veya klinik olarak anlamlı olmayan prostat kanseri gruplarıyla karşılaştırıldı. Eksik veriler dışlandı.

PI-RADS v2.1 skorları, histopatolojik sonuçlardan habersiz deneyimli bir radyolog tarafından değerlendirildi. Tüm bez, periferik ve transizyonel zon hacimleri yapay zekâ yazılımı ile MRG üzerinden otomatik elde edildi (hProstate v1.0, HeviAI, İstanbul, Türkiye). İlgili PSAD değerleri hesaplandı: WgPSAD, PzPSAD ve TzPSAD. MRG'de görünür lezyonu olan hastalarda lezyon boyutu, alanı, ADC ve tümör PSAD (TmPSAD) kaydedildi. csPCa saptamada PI-RADS, zona özgü PSAD parametreleri ve MRG kaynaklı tümör metriklerinin tanısal performansı histopatoloji referans alınarak değerlendirildi. ROC analizi, AUC, duyarlılık, özgüllük ve lojistik regresyon kullanıldı. $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya yaş ortalaması 65,8 ± 6,0 yıl olan toplam 92 hasta dahil edildi. Hastaların 48'i benign prostat hiperplazisi (BPH), 20'si klinik olarak anlamlı olmayan prostat kanseri ve 24'ü klinik olarak anlamlı prostat kanseri grubundaydı. PSAD türevi parametreler arasında TzPSAD, csPCa olgularını benign/klinik olarak anlamlı olmayan olgulardan ayırt etmede en yüksek tanısal performansı gösterdi (AUC=0,717; duyarlılık %70,8; özgüllük %75,0; p=0,002) ve WgPSAD (AUC=0,645) ile PzPSAD'den (AUC=0,645) daha iyi performans sergiledi. Klinik olarak anlamlı prostat kanseri bulunan hastalarda, csPCa olmayan hastalara kıyasla TzPSAD değerleri anlamlı olarak daha yüksek, transizyonel zon hacimleri ise daha düşüktü. PI-RADS, csPCa saptamada daha üstün tanısal performans gösterdi ve AUC değeri 0,873 olarak bulundu. PI-RADS ?4 eşik değeri kullanıldığında duyarlılık %68,2, özgüllük ise %95,8 idi. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde PI-RADS ?4, csPCa için bağımsız belirleyici olarak anlamlılığını koruyan tek değişken oldu (OR 12,4; %95 GA 2,8–54,3; p=0,004). Buna karşılık WgPSAD, PzPSAD, TzPSAD, minimum ADC ve TmPSAD bağımsız anlamlılığını korumadı.

SONUÇ

Zona özgü PSAD parametreleri, özellikle TzPSAD, klinik olarak anlamlı prostat kanserini belirlemede konvansiyonel WgPSAD'ye göre daha iyi tanısal performans göstermiştir. Bununla birlikte, PI-RADS ile birlikte değerlendirildiğinde ek katkıları sınırlı kalmış; PI-RADS, klinik olarak anlamlı hastalığın en güçlü bağımsız belirleyicisi olmaya devam etmiştir.

SB-164) RADİKAL PROSTATEKTOMİDE YAPAY ZEKA YÖNTEMLERİNİN POSTOPERATİF KOMPLİKASYON, NÜKS VE SAĞKALIMI TAHMİN ETMEDEKİ ROLÜNÜN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

HÜSEYİN AĞCA(1) FURKAN BATUHAN TUNCER(1) ÇAĞRI DOĞAN(1) ERKAN ÖZHAN(2) RIDVAN ÖZCAN(1) CENK MURAT YAZICI(1) MEHMET FATİH ŞAHİN(1)

1. tekirdağ namık kemal üniversitesi tıp fakültesi
2. tekirdağ namık kemal üniversitesi çorlu mühendislik fakültesi

AMAÇ

Radikal prostatektomi (RP), çeşitli evrelerdeki prostat kanserinin cerrahi tedavisinde uzun yıllardır standart yaklaşımlar arasında yer almaktadır. RP sonrasında gelişen postoperative nüks, komplikasyon ve sağkalım sonuçları; hastaya, tümöre ve cerrahi sürece ilişkin çok sayıda faktörden etkilenmektedir. Bu çalışmada, RP uygulanan hastalarda postoperatif nüks, komplikasyon ve sağkalımın öngörülmesinde yapay zekâ tabanlı makine öğrenmesi yöntemlerinin performanslarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniğinde Ocak 2012 ile Mart 2026 tarihleri arasında RP uygulanan 195 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalara ait demografik veriler, klinik bulgular, patolojik tümör özellikleri, laboratuvar sonuçları ve cerrahi parametrelerden oluşan toplam 66 değişken kullanılarak postoperatif nüks, komplikasyon gelişimi ve sağkalımın öngörülmesine yönelik çeşitli makine öğrenmesi modelleri geliştirildi. Model performansları doğruluk, eğri altında kalan alan (AUC), Macro F1 skoru ve Cohen's Kappa katsayısı ile değerlendirildi.

BULGULAR

Biyokimyasal nüksün öngörülmesinde en başarılı sonuç BernoulliNB modeli ile elde edilmiş olup, Cohen’s Kappa katsayısı 0,498, doğruluk 0,818, Macro F1 skoru 0,742 ve AUC değeri 0,771 olarak hesaplanmıştır. Postoperatif komplikasyonlar arasında erektil disfonksiyon tahmininde en yüksek performans RBFClassifier modeli ile sağlanmış; Kappa katsayısı 0,338, doğruluk 0,740 ve Macro F1 skoru 0,667 olarak belirlenmiştir. Sağkalım öngörüsünde ise en başarılı model CatBoost olmuş; Kappa katsayısı 0,327, doğruluk 0,833 ve Macro F1 skoru 0,646 olarak saptanmıştır (Tablo, Şekil 1). Değerlendirilen diğer dört hedeften inkontinans ve mesane boynu darlığı düşük Kappa katsayısı (<0,2), rectum yaralanması yüksek standart sapma (>0,1) ve nüks zamanı ise düşük Macro F1 skoruna sahipti. SHAP (SHapley Additive exPlanations) analizine göre nüks tahminine en yüksek katkıyı T evresi ve kapsül invazyonu sağlamıştır. Bu değişkenleri Briganti skoru, seminal vezikül invazyonu ve ekstraprostatik yayılım birbirine oldukça yakın katkı düzeyleriyle izlemiştir (Şekil 2).

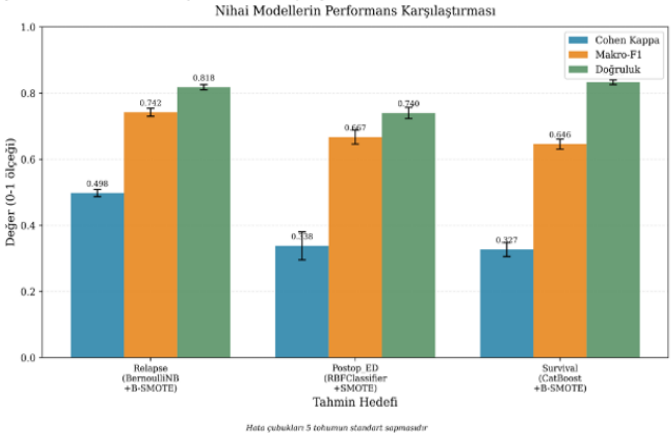
SONUÇ

Yapay zekâ tabanlı makine öğrenmesi algoritmaları; özellikle biyokimyasal nüksün öngörülmesinde orta düzeyde bir tahmin performansı sunmaktadır Nüksü öngörmede ise T evresi ile kapsül invazyonunun model kararına en yüksek katkıyı sağlayan değişkenler olduğu belirlenmiştir.

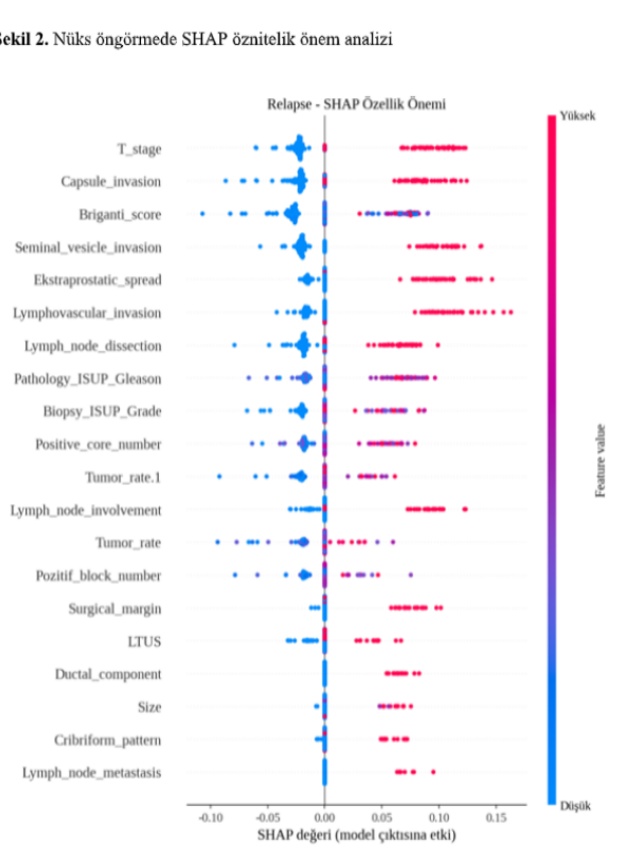
Tablo 1: Nihai model seçimi: her hedef için en iyi tahmin yöntemi

Hedef	Platf.	Algoritma	Dengeleme	Thr	Kappa	M-F1	Doğruluk
Nüks	Py	BernoulliNB	Borderline smote	0.57	0.498 ± 0.011	74.2 ± 1.2	81.8 ± 0.8
ED	WK	RBFClassifier	Smote	0.50	0.338 ± 0.042	66.7 ± 2.1	74.0 ± 1.7
Sağkalım	Py	CatBoost	Borderline smote	0.43	0.327 ± 0.021	64.6 ± 1.5	83.3 ± 0.7
Nüks Zamanı	Py	BernoulliNB	Borderline smote	0.50	0.291 ± 0.042	24.9 ± 3.3	74.5 ± 1.3
Rektum Yaralanması	Py	GradientBoosting	Random over	0.81	0.383 ± 0.116	66.7 ± 6.2	95.7 ± 0.8
Mesane Boynu Darlığı	Py	SVM-Linear	Borderline smote	0.68	0.161 ± 0.067	54.5 ± 3.8	73.6 ± 2.4
İnkontinans	WK	LWL	Smote	0.50	0.127 ± 0.036	55.5 ± 2.0	57.0 ± 2.2

Şekil 1. Nihai modellerin performans karşılaştırması



Şekil 2. Nüks öngörmede SHAP öznitelik önem analizi



SB-166) YAPAY ZEKA DİL MODELLERİ EAU NÖROÜROLOJİ KILAVUZLARINI GÜVENİLİR ŞEKİLDE UYGULAYABİLİR Mİ? CHATGPT, CHATGPT PLUS, GEMİNİ VE CLAUDE'NİN KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

TÜRKER ALTUNTAŞ(1) MOHAMMAD YASİR SAHAK(2) ONUR CAN OZKAN(3) AHMET ÖZGÜR GÜÇTAŞ(3) ÇAĞRI AKIN ŞEKERCİ(3) TUFAN TARCAN(4)

1. Doğanşehir Şehit Esra Köse Başaran Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Malatya, Türkiye
2. Özel Mercan Hastanesi Üroloji Kliniği, İstanbul Türkiye
3. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
4. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye, Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

AMAÇ

Avrupa Üroloji Derneği (EAU) Nöroüroloji Kılavuzu'ndan türetilen soruları yanıtlama açısından yaygın olarak kullanılan dört büyük dil modelinin (LLM) performansını değerlendirmek.

GEREÇ-YÖNTEM

EAU Nöroüroloji 2026 Kılavuzu'ndan türetilen 60 sorunun (30 açık uçlu ve 30 çoktan seçmeli soru) kullanıldığı karşılaştırmalı kesitsel bir çalışma gerçekleştirildi. Dört LLM (ChatGPT, ChatGPT Plus, Gemini 2.5 Pro ve Claude 5 Sonnet), ayrı oturumlarda aynı istemler kullanılarak değerlendirildi. Çoktan seçmeli sorular; doğru ve yanlış olarak kodlanıp değerlendirildi. Açık uçlu sorular ise yanlış, kısmen doğru ve tamamen doğru olarak kodlandı. Açık uçlu soruları 2 ayrı gözlemci değerlendirdi. Ayrıca EAU Nöroüroloji kılavuzu 4 alana ayrılıp, bu alanlar arasında da yapay zeka modelleri için karşılaştırma yapıldı.

BULGULAR

Çoktan seçmeli sorularda genel doğruluk açısından dört model arasında anlamlı bir fark saptanmadı (Cochran's Q = 3.0, p = 0.392); ancak en yüksek doğruluk oranına ChatGPT (%70.0) ulaştı. Açık uçlu soruların değerlendirilmesinde gözlemciler arası uyum neredeyse mükemmel düzeydeydi (quadratic weighted Cohen's ? = 0.93) ve genel uyum oranı %94.2 olarak bulundu. Konsensus değerlendirmesi sonrasında, açık uçlu sorularda en yüksek toplam kılavuz uyum puanını ChatGPT Plus (49/60, %81.7) elde ederken, bunu Claude (%71.7), Gemini (%61.7) ve ChatGPT (%60.0) izledi. Kılavuz uyum puanları modeller arasında anlamlı farklılık gösterdi (Friedman $?^2(3) = 16.743$, p = 0.001, Kendall's W = 0.186). Post-hoc analizlerde ChatGPT Plus'ın hem ChatGPT hem de Gemini'den anlamlı derecede daha yüksek performans gösterdiği belirlendi (her ikisi için p = 0.005). Yalnızca kılavuzla tam uyumlu yanıtlar değerlendirildiğinde de ChatGPT Plus en yüksek başarıyı (%73.3) gösterdi ve modeller arasında anlamlı farklılık bulundu (Cochran's Q = 15.273, p = 0.002). Alan bazlı analizlerde de ChatGPT Plus, önceden tanımlanan tüm kılavuz alanlarında en yüksek performansı sergiledi.

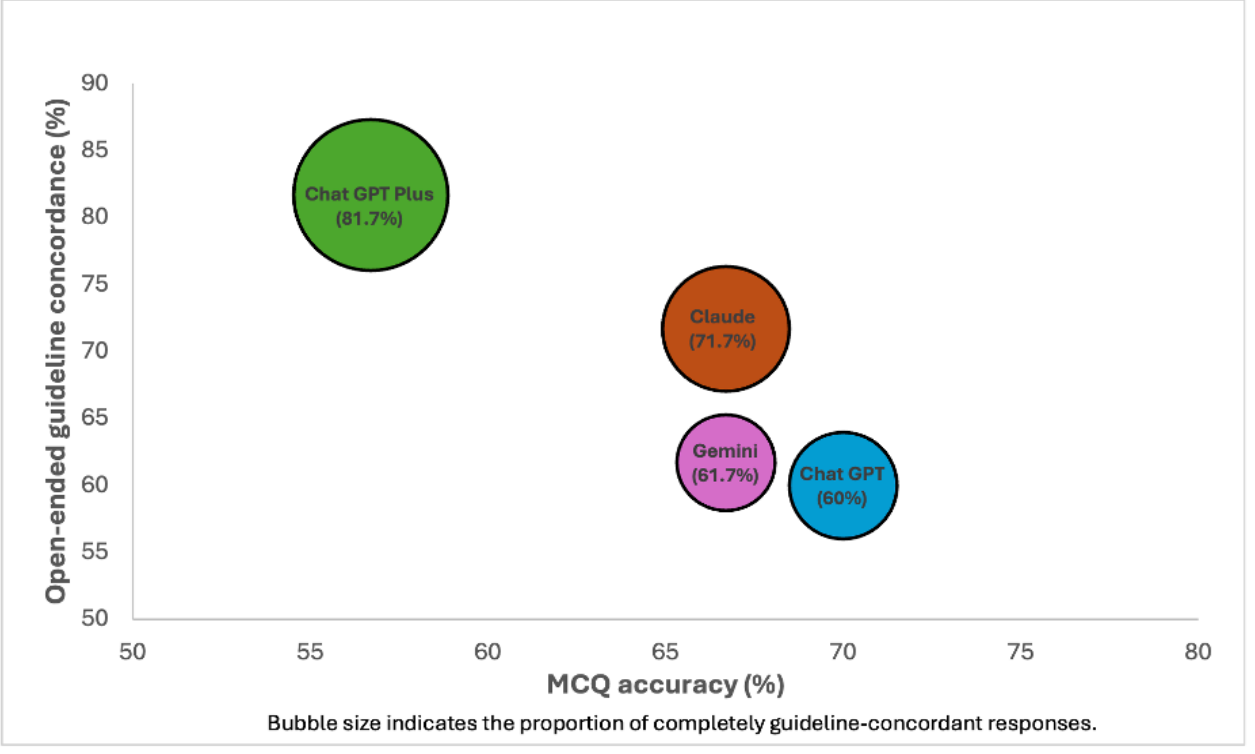
SONUÇ

Güncel büyük dil modelleri nöroüroloji alanında umut verici bir performans göstermiş olsa da, kılavuz önerilerine tam uyum sağlayamamıştır. Bu nedenle, mevcut durumda uzman denetimi gerektiren yardımcı araçlar olarak değerlendirilmelidir.

Kılavuz Alanı	ChatGPT	ChatGPT Plus	Gemini	Claude
Epidemiyoloji, sınıflama, patofizyoloji (Q1-5)	5/10 (%50)	9/10 (%90)	5/10 (%50)	4/10 (%40)
Tanı (Q6-15)	14/20 (%70)	18/20 (%90)	14/20 (%70)	17/20 (%85)
Hastalık Yönetimi (Q16-25)	11/20 (%55)	16/20 (%80)	12/20 (%60)	16/20 (%80)
İYE, seksüel fonksiyon ve fertilite, takip (Q26-30)	6/10 (%60)	10/10 (%100)	4/10 (%40)	7/10 (%70)

Dört büyük dil modelinin önceden tanımlanan nöroüroloji kılavuz alanlarına göre performansı

Şekil 2. Büyük dil modellerinin nöroürolojideki performans matrisi



SB-167) MAKİNELERLE KLİNİK AKIL YÜRÜTME: ÜROLOJİK VAKA DEĞERLENDİRMELERİNDE YAPAY ZEKANIN YORUMLAMA DERİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ARDA TAŞKIN TAŞKIRAN(1) AHMET YILDIRIM BALİK(1) EKREM BAŞARAN(1) DURSUN BABA(1) MUHAMMET ALİ KAYIKÇI(1) BURAK MEHMET GÜRPINARLI(1)

1. DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Büyük dil modelleri (LLM'ler) tıpta karar destek araçları olarak giderek daha fazla ilgi görmekte ve kullanılmaktadır. Ancak bu sistemlerin üroloji pratiğindeki klinik güvenilirliği ve uygulanabilirliği halen belirsizliğini korumaktadır.(1,2) Bu çalışmanın amacı; ChatGPT-3.5, ChatGPT-4o ve Gemini 1.0 Pro modellerinin standart ürolojik klinik senaryolara ürettikleri yanıtların, bağımsız üroloji uzmanları tarafından körlemeli (blinded) olarak değerlendirilerek karşılaştırılmasıdır.

GEREÇ-YÖNTEM

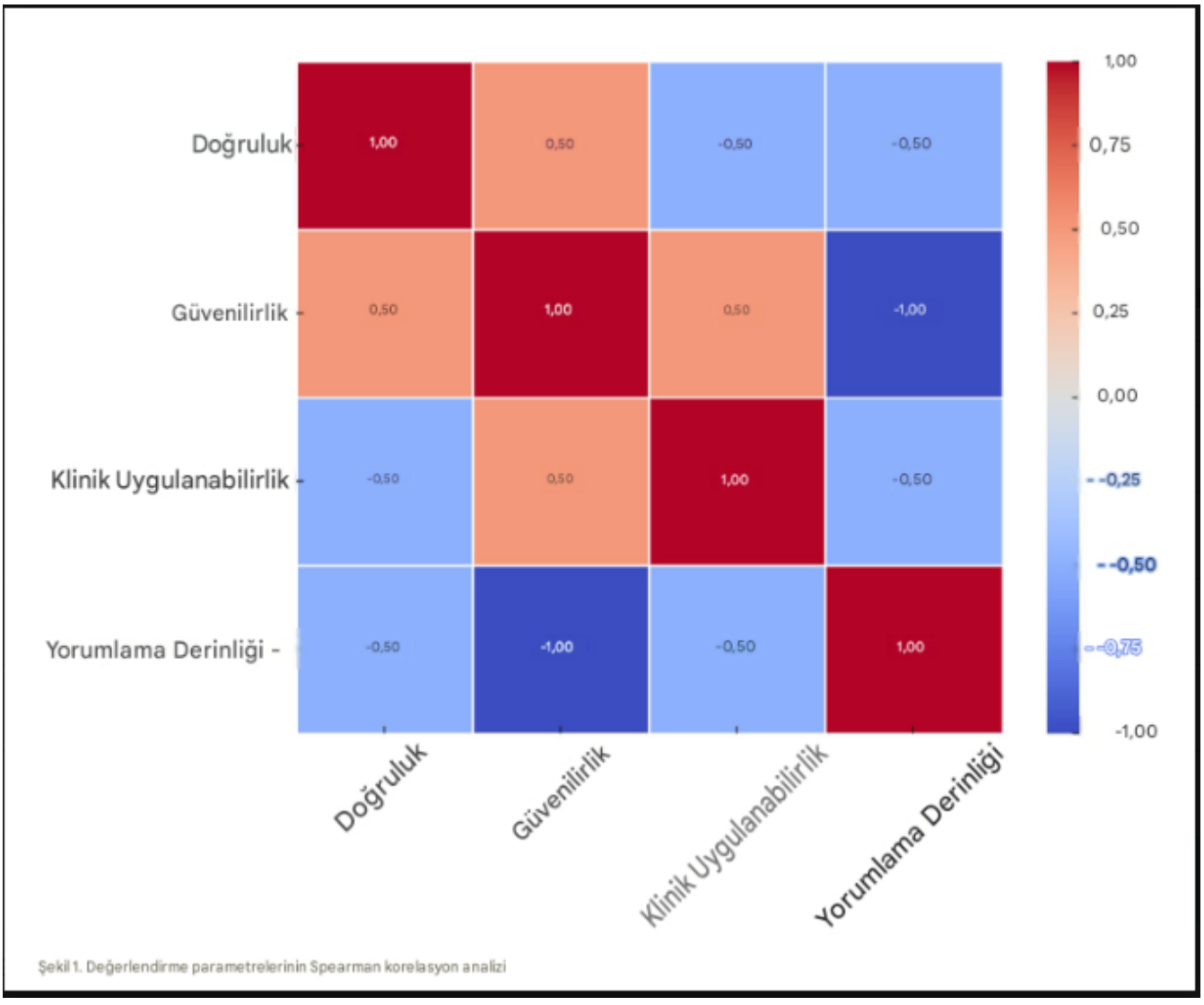
Gözlemsel ve kesitsel tasarımlı bu çalışmaya, mesleki deneyim sürelerine göre (<10 yıl ve ?10 yıl) iki gruba ayrılan 75 üroloji uzmanı dahil edilmiştir. Katılımcılar, sık karşılaşılan 10 farklı ürolojik vakaya yapay zeka tarafından verilen ve anonimleştirilen yanıtları bağımsız ve körlemeli olarak değerlendirmiştir. Değerlendirme süreci; doğruluk, güvenilirlik, klinik uygulanabilirlik ve yorumlama derinliği olmak üzere dört temel alan üzerinden 5'li Likert ölçeği kullanılarak yapılmıştır. Verilerin normallik dağılımı Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiş; analizlerde ANOVA veya Kruskal-Wallis testleri ile post-hoc ikili karşılaştırmalar kullanılmıştır. Değerlendiriciler arası güvenilirlik Cronbach’s ? ve Fleiss’ ? katsayıları ile ölçülmüştür.

BULGULAR

Değerlendirmeye alınan tüm alanlarda en yüksek ortalama puanları ChatGPT-4o elde etmiş, onu sırasıyla Gemini 1.0 Pro ve ChatGPT-3.5 izlemiştir. Performans farklılıkları tüm parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup ($p < 0.05$); en belirgin farklar "doğruluk" (sırasıyla 4.4 ± 0.48, 4.0 ± 0.52 ve 3.7 ± 0.56) ve "klinik uygulanabilirlik" (4.2 ± 0.49, 3.8 ± 0.51 ve 3.5 ± 0.55) parametrelerinde izlenmiştir. Analizlerde doğruluk ile güvenilirlik arasında orta düzeyde pozitif bir korelasyon ($r = 0.50$) saptanırken, güvenilirlik ile yorumlama derinliği arasında zayıf bir ters ilişki ($r = -0.18$) gözlenmiştir. Değerlendirici uzmanlar arası uyumun yüksek olduğu saptanmıştır (Cronbach’s ? = 0.84; Fleiss’ ? = 0.72).

SONUÇ

Yeni nesil büyük dil modelleri, özellikle ChatGPT-4o, standart ürolojik karar destek senaryolarında yüksek doğruluk ve klinik uygulanabilirlik performansı sergilemiştir. Elde edilen bu sonuçlar, yapay zekanın üroloji pratiğine entegrasyonu açısından umut verici olsa da, modellerin klinik ortamda yaygın kullanımından önce gerçek dünya verileriyle valide edilmesi gerekmektedir. Güvenli ve doğru klinik kullanımı sağlamak adına gelişen yapay zeka sistemlerinin sürekli olarak izlenmesi ve kıyaslanması büyük önem taşımaktadır.



Şekil 1. Değerlendirme parametrelerinin Spearman korelasyon analizi

SB-168) KADIN ÜROLOJİSİ SORULARINDA YAPAY ZEKA TABANLI DANIŞMANLIĞIN GÜNCEL KILAVUZ UYUMUNUN SENARYO TEMELLİ İNCELENMESİ

ARDA MERİÇ(1) MUHAMMET ÜNAL BOYRAZ(1)

1. DOĞUBAYAZIT DR. YAŞAR ERYILMAZ DEVLET HASTANESI, ÜROLOJI KLINIĞI, AĞRI

AMAÇ

Üriner inkontinans (Üİ), pelvik organ prolapsusu (POP) ve interstisyel sistit/mesane ağrı sendromu (İS/MAS), kadınlarda yaşam kalitesini ve psikososyal işlevselliği belirgin biçimde etkileyen klinik durumlardır. Yapay zeka modellerinin bu alandaki danışmanlık kapasitesine ilişkin kanıtlar sınırlıdır. Bu çalışmada ChatGPT 5.6 yanıtlarının EAU 2026 kılavuzlarıyla uyumu, güvenliği, psikososyal yaklaşımı ve kullanılabilirliği değerlendirildi.

GEREÇ-YÖNTEM

Simülasyon tabanlı tasarımda Üİ, POP ve İS/MAS için hafif, orta ve kompleks düzeylerde dokuz klinik senaryo hazırlandı. Her senaryoya on takip sorusu yöneltilerek 90 yapay zeka yanıtı elde edildi. Yanıtlar iki bağımsız üroloji uzmanı tarafından kılavuz uygunluğu, riskli öneri düzeyi, psikososyal yaklaşım ve tutarlılık/kullanılabilirlik açısından 0–3 puanla değerlendirildi. Genel güvenli performans; kılavuz uygunluğu, ters kodlanmış risk puanı, psikososyal yaklaşım ve kullanılabilirlik puanlarının toplamı olarak hesaplandı.

BULGULAR

Ortalama kılavuz uygunluğu 2,72/3 (%90,7) idi; 60 yanıt (%66,7) her iki değerlendiriciden tam uyum puanı alırken, 86 yanıt (%95,6) en az genel olarak uyumlu bulundu. Ortalama risk puanı 0,09/3 olup 81 yanıt (%90,0) tamamen risksizdi; sekiz yanıtta düşük riskli belirsizlik, bir yanıtta potansiyel zarar veya gecikme saptandı. Psikososyal yaklaşım 2,22/3 (%74,1), tutarlılık/kullanılabilirlik 2,92/3 (%97,2) ve genel güvenli performans 10,77/12 (%89,8) olarak hesaplandı. Genel performans POP'ta 10,85/12, Üİ'de 10,78/12 ve İS/MAS'ta 10,68/12 idi (Tablo 1). Başlıca eksiklikler; stres inkontinansında mekanik cihaz önerileri, mikst inkontinansta ürodinaminin yetersiz vurgulanması, primer mesane ağrı sendromunda sistoskopinin gereğinden fazla isteğe bağlı sunulması ve hematüri ile üst sistem dilatasyonunda aciliyetin düşük değerlendirilmesiydi.

SONUÇ

ChatGPT, kadın ürolojisinin üç temel alanında yüksek kılavuz uyumu, düşük risk profili ve güçlü kullanılabilirlik sergiledi. Bununla birlikte kompleks olgularda tanısal önceliklendirme ve aciliyet değerlendirmesinde klinik açıdan önemli sınırlılıklar bulundu. Yapay zeka yanıtları bağımsız tıbbi karar aracı olarak değil, uzman denetiminde destekleyici danışmanlık aracı olarak kullanılmalıdır.

Değerlendirme Alanı	Ortalama Puan	En İyi Performans	En Zayıf Performans	Yorum
Kılavuz uygunluğu	2,72/3 (%90,7)	İS/MAS (2,75/3)	Üİ (2,70/3)	Her iki uzmandan tam puan alan 60/90 yanıt; 86/90 yanıt en az genel olarak uyumlu.
Riskli öneri düzeyi	0,09/3	POP (0,05/3)	İS/MAS (0,13/3)	81/90 yanıt tamamen risksiz; 8 düşük riskli belirsizlik ve 1 potansiyel zarar/gecikme saptandı.
Psikososyal yaklaşım	2,22/3 (%74,1)	POP (2,25/3)	İS/MAS (2,18/3)	82/90 yanıt psikososyal yaklaşım açısından en az 2 puan aldı.
Tutarlılık / kullanılabilirlik	2,92/3 (%97,2)	Üİ ve POP (2,93/3)	İS/MAS (2,88/3)	Yanıtların tamamı kullanılabilir bulundu (90/90 yanıt ?2 puan).
Genel güvenli performans (0-12)	10,77/12 (%89,8)	POP (10,85/12)	İS/MAS (10,68/12)	Genel performans hesabında riskli öneri puanı ters kodlandı.

Yapay Zeka Yanıtlarının Skorlamaları

SB-170) KLİNİK T1 EVRE RENAL KİTLELERDE PARSİYEL NEFREKTOMİ SONRASI RENAL FONKSİYON KAYBINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ

BARIŞ DOĞAN(1) MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) ARDA BERKAY ESKİCİ(1) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Parsiyel nefrektomi (PN), küçük renal kitlelerin (?7 cm, cT1) cerrahi tedavisinde onkolojik sonuçlardan ödün vermeksizin renal fonksiyonları koruması nedeniyle altın standart tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Ancak operasyon sonrasında nefron kaybı ve iskemik hasara bağlı olarak değişen derecelerde glomerüler filtrasyon hızı (GFR) kaybı gözlenebilmektedir. Bu çalışmada, kliniğimizde cT1 renal kitle nedeniyle parsiyel nefrektomi uygulanan hastalarda, preoperatif GFR değerine kıyasla postoperatif dönemde klinik olarak anlamlı renal fonksiyon kaybı (GFR kaybının %25'ten fazla olması veya postoperatif GFR'nin <45 ml/dk'nın altına düşmesi) gelişmesini etkileyebilecek demografik ve perioperatif faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde renal kitle (cT1) nedeniyle parsiyel nefrektomi (açık veya laparoskopik) uygulanan toplam 110 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastalar postoperatif GFR değerlerindeki değişime göre iki gruba ayrıldı: Postoperatif dönemde GFR'de %25'ten fazla kayıp yaşayan ya da GFR değeri 45 ml/dk/1.73m²'nin altına düşen hastalar "Anlamlı GFR Kaybı Olan Grup" (Grup 2); bu kriterleri karşılamayan hastalar ise "Anlamlı GFR Kaybı Olmayan Grup" (Grup 1) olarak sınıflandırıldı. Gruplar arasında yaş (<75 vs ?75), cinsiyet (kadın vs erkek), cerrahi yöntem (laparoskopik vs açık), sıcak iskemi süresi (<20 dk vs ?20 dk) ve postoperatif drenaj miktarı (<500 ml vs ?500 ml) kategorik değişkenler karşılaştırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 110 hastanın medyan yaşı 59 (dağılım: 24-78) olup, hastaların %94.5'i (n=104) 75 yaşın altında, %5.5'i (n=6) ise 75 yaş ve üzerindeydi. Hastaların %37.3'u (n=41) kadın, %62.7'si (n=69) erkekti. Cerrahi yöntem olarak %60.9 (n=67) hastaya laparoskopik, %39.1 (n=43) hastaya açık cerrahi uygulandı. Sıcak iskemi süresi hastaların %80.9'unda (n=89) 20 dakikanın altındaydı. Postoperatif dönemde toplam 11 hastada (%10) klinik olarak anlamlı GFR kaybı (%25'ten fazla düşüş veya GFR <45 ml/dk) saptanırken (Grup 2), 99 hastada (%90) belirgin fonksiyonel kayıp gözlenmedi (Grup 1). Yapılan analizlerde; yaş (p=0.989), cinsiyet (p=0.744), cerrahi teknik (p=0.523), sıcak iskemi süresi (p=0.989) ve postoperatif drenaj miktarının (p=0.384) klinik olarak anlamlı GFR kaybı gelişimi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi saptanmamıştır (Tablo 1).

SONUÇ

Çalışmada; yaş, cinsiyet, cerrahi yaklaşım, sıcak iskemi süresi ve intraoperatif drenaj miktarının fonksiyonel böbrek hasarı üzerinde prediktif bir rolü saptanmamıştır. Her ne kadar literatürde >20 dakika sıcak iskemi süresi ve ?75 yaş sınırları parsiyel nefrektomide böbrek fonksiyonlarını kısıtlayan majör faktörler olarak bildirilse de serimizde hem iskeminin hem de yaşın postoperatif GFR kaybı ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi gözlenmemiştir.

-	_	GFR Kaybı <%25 ve GFR >45 (n=99)	GFR Kaybı ?%25 veya GFR <45 (n=11)	p
Yaş	<75 yıl	93 (%89.4)	11 (%10.6)	0.989
-	?75 yaş	6 (%100.0)	0 (%0.0)	-
Cinsiyet	Kadın	36 (%87.8)	5 (%12.2)	0.744
-	Erkek	63 (%91.3)	6 (%8.7)	-
Cerrahi	Laparoskopik	59 (%88.1)	8 (%11.9)	0.523
-	Açık	40 (%93.0)	3 (%7.0)	-
İskemi süresi	<20 dakika	80 (%89.9)	9 (%10.1)	0.989
-	?20 dakika	19 (%90.5)	2 (%9.5)	-
Intraoperatif drenaj	<500 ml	84 (%91.3)	8 (%8.7)	0.384
-	?500 ml	15 (%83.3)	3 (%16.7)	-

Postoperatif Dönemde Klinik Olarak Anlamlı GFR Kaybını Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılması

SB-171) BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİ CERRAHİSİNDE THULEP VE HOLEP'İN CİNSEL FONKSİYON ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNİN PROSPEKTİF KARŞILAŞTIRILMASI

CEM DOĞAN(1) MEHMET BURAK YILDIZHAN(1) DENİZ DEMİRCİ(1) EMRE CAN AKINSAL(1) NUMAN BAYDİLLİ(1) GÖKHAN SÖNMEZ(1) HALİL TOSUN(1)

1. Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kayseri

AMAÇ

Benign prostat hiperplazisi (BPH) tedavisinde uygulanan holmiyum lazer enükleasyonu (HoLEP) ve thulium fiber lazer enükleasyonu (ThuLEP) sonrası cinsel fonksiyon değişikliklerini karşılaştırmak amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Kurumsal etik kurul onayı ve tüm katılımcılardan alınan yazılı aydınlatılmış onam sonrasında yürütülen bu prospektif kohort çalışmasına Mart 2025-Mart 2026 tarihleri arasında HoLEP (n=187) veya ThuLEP (n=24) uygulanan hastalar dahil edildi. Çalışma ClinicalTrials.gov'da prospektif olarak kaydedildi (NCT07334730). Erektil fonksiyon Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi-5 (IIEF-5), ejakülatuvar fonksiyon ise Male Sexual Health Questionnaire-Ejaculatory Dysfunction (MSHQ-ED) ile ameliyat öncesi ile postoperatif 1., 3. ve 6. aylarda değerlendirildi. Grup içi değişimler Wilcoxon işaretli sıralar testi, gruplar arası değişimler Mann-Whitney U testi ile analiz edildi. Klinik olarak anlamlı erektil fonksiyon kaybı, başlangıç IIEF-5 skorunda ?%25 azalma olarak tanımlandı.

BULGULAR

Gruplar arasında başlangıç IIEF-5 skorları benzerdi (12,42±5,47 vs 12,50±6,13; p=0,986). Altıncı ayda IIEF-5 skorundaki azalma HoLEP grubunda ThuLEP grubuna göre anlamlı olarak daha fazlaydı (-3,66±5,26 vs -1,38±4,09; p=0,048). Klinik olarak anlamlı erektil fonksiyon kaybı HoLEP grubunda %51,7, ThuLEP grubunda %33,3 oranında görüldü (Fisher exact p=0,12). MSHQ-ED skorları her iki grupta erken dönemde azalırken, altıncı ayda ThuLEP grubunda ejakülatuvar fonksiyon daha iyi korunma eğilimi gösterdi (?-4,00 vs -5,63; p=0,10), ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı.

SONUÇ

ThuLEP, HoLEP ile karşılaştırıldığında postoperatif 6. ayda erektil fonksiyonun korunması açısından anlamlı üstünlük sağlamıştır. Ejakülatuvar fonksiyon açısından da ThuLEP lehine sayısal bir üstünlük gözlenmekle birlikte bu fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır. Cinsel açıdan aktif hastalarda cerrahi yöntem seçimi yapılırken bu bulgular dikkate alınabilir.

SB-172) ANTERİOR KOLPORAFİ VE TRANSOBTURATOR TEYP CERRAHİSİNİN ERKEN DÖNEM SONUÇLARI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

NİGAR BÜŞRA GÜMRÜKÇÜOĞLU(1) İSMAİL EYÜP DİLEK(1) NECATİ EKİCİ(2)

1. KAHTA DEVLET HASTANESİ
2. SİİRT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Sistosel (anterior vajen duvarı prolapsusu) ve stres üriner inkontinans (SÜİ), kadınlarda yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve sıklıkla bir arada izlenen pelvik taban bozukluklarıdır. Bu çalışmada, hastanemizde Kadın Hastalıkları ve Doğum ile Üroloji kliniklerinin iş birliğiyle Ağustos 2025 – Temmuz 2026 tarihleri arasında gerçekleştirilen Kolporafi Anterior ve Transobturator Teyp (TOT) ameliyatlarının demografik verileri, cerrahi teknik detayları ve postoperatif sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ağustos 2025 – Temmuz 2026 tarihleri arasında Adıyaman Kahta Devlet Hastanesi'nde anterior kompartman prolapsusu ve/veya SÜİ nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan 22 kadın hasta retrospektif olarak incelendi. Sistoseli bulunan hastaların tamamında semptomatik Evre II–III anterior vajinal duvar prolapsusu mevcuttu ve cerrahi endikasyonu bu bulgular doğrultusunda konuldu. Hastalar 3 gruba ayrıldı: Yalnızca Kolporafi Anterior (n=12), Yalnızca TOT (n=5),Kombine Kolporafi Anterior + TOT (n=5). Tüm operasyonlar litotomi pozisyonunda, 16 F Foley kateter takılarak gerçekleştirildi. Kolporafi uygulanan olgularda submukozal hidrodiseksiyon sonrası ön vajen duvarı ortadan kesilip puboservikal fasya diseke edildi; lateralde levator ani kasına ve apekse kadar ilerlendi. Vajinal apeks yeniden desteklendi. Mesane boynu ve fasya desteği için Kelly Plikasyonu tekniği uygulanarak 2/0 multiflaman emilebilen sütürler kullanıldı. SÜİ hastalarında sentetik mesh kullanılarak Dıştan İçe metodu ile TOT yerleştirildi; kombine vakalarda sling için ek insizyon tercih edildi. Üretral kataterler postoperatif 1. gün alındı.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 44,0±12,0 yıl, VKİ ortalaması 27,3±3,7 ve parite 4,0±0,8 olarak saptandı. Hastaların %54,5'i (n=12) postmenopozaldı.

Yalnızca TOT grubunun tümünde stres testi pozitif iken; yalnızca Kolporafi Anterior grubunda sistosel %100 (n=12), stres test pozitifliği %0 idi. Kombine grupta ise her iki parametre de pozitifti.

Postoperatif komplikasyonlar değerlendirildiğinde; Kolporafi grubunda 1 hastada 1. haftada vajinal dokuda hematom gelişti ve cerrahi müdahaleye gerek kalmadan konservatif izlemle geriledi. TOT grubunda 1 hastada geçici üriner retansiyon gelişti ve 1 haftalık sonda takibi sonrası spontan işemesi sağlandı. Kombine grupta ise 1 hastada postoperatif 1. ay kontrolünde vajinal mesh erozyonu tespit edildi. Postoperatif 1. ay değerlendirmesinde, Ortalama 6,4 aylık takip süresince yapılan değerlendirmelerde, klinik olarak anlamlı sistosel nüksü saptanmadı ve hastalarda semptomatik iyileşme izlendi.

SONUÇ

Sistosel ve stres üriner inkontinansın eşlik ettiği olgularda Kadın Doğum ve Üroloji disiplinlerinin ortak yaklaşımı cerrahi başarıyı artırmaktadır. Kelly Plikasyonu ile Kolporafi Anterior ve Dıştan İçe metodu ile uygulanan TOT prosedürlerinin eş zamanlı uygulanması, morbiditeyi artırmadan tek seansta hem anatomik hem de fonksiyonel düzelme sağlayan güvenli bir tedavi seçeneğidir.

-	Kolporafi Anterior (n=12)	TOT (n=5)	Kolporafi Anterior + TOT (n=5)	Toplam (N=22)
Yaş (yıl), Ort ± SS	46,2 ± 11,5	41,8 ± 10,2	44,6 ± 12,8	44,0 ± 12,0
VKİ (kg/m²), Ort ± SS	27,4 ± 3,8	26,1 ± 2,9	28,3 ± 4,1	27,3 ± 3,7
Parite, Ort ± SS	4,2 ± 0,9	3,6 ± 0,5	4,2 ± 0,8	4,0 ± 0,8
Postmenopozal, n (%)	7 (58,3)	2 (40,0)	3 (60,0)	12 (54,5)
Takip Süresi (Ay), Ort ±SS	6,8±3,25	8±2,96	2±3	6,4±3,1
Başvuru Şikâyetleri ve Muayene Bulguları	-	-	-	-
Sistosel (ele gelen kitle), n (%)	12 (100,0)	0	5 (100,0)	17 (77,3)
Stres üriner inkontinans şikayeti, n (%)	1 (8,3)	5 (100,0)	5 (100,0)	11 (50,0)
Preoperatif stres testi pozitif, n (%)	0	5 (100,0)	5 (100,0)	10 (45,5)
Disparoni, n (%)	0	0	1 (20,0)	1 (4,5)
Erken dönem komplikasyon ,n (%)	1 (8,3)	1 (20,0)	1 (20,0)	3(13,5)

Anterior Kolporafi ve TOT Cerrahisi Uygulanan Hastaların Demografik Özellikleri, Başvuru Bulguları ve Erken Dönem Komplikasyon Dağılımı

SB-173) HASTALARDAKİ ÜRİNER İNKONTİNANS ÇEŞİTLERİNE GÖRE RİSK FAKTÖRLERİNİNİN KARŞILAŞTIRILMASI: KLİNİK DENEYİMLERİMİZ

MUSTAFA YAĞMUR(1) ADEM UTLU(1) FEVZİ BEDİR(1) HÜSEYİN KOCATÜRK(1) AHMET EMRE CİNİSLİOĞLU(1)

1. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ERZURUM EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Üriner inkontinans, uluslararası kontinans grubu (İCS) tarafından "sosyal ve hijyenik bir problem haline gelen ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma "olarak tanımlanır. Üriner İnkontinans (Üİ) sıklığı kadınlarda %10-50 arasında değiştiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Üriner inkontinans için cinsiyet, yaş, parite, doğum ağırlığı, doğum şekli, obezite, sigara içme, menopoz durumu gibi çeşitli risk faktörler bulunmaktadır. Çalışmamızda Üİ nedeniyle kliniğimize başvuran ve ürodinami sonucu inkontinans çeşidini belirlediğimiz hastalarımızın risk faktörlerini karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2024-Eylül 2024 tarihleri arasında Erzurum Şehir Hastanesi Üroloji Polikliniğine idrar kaçırma şikayeti ile gelen ve ürodinami testi yapılan toplam 122 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaşı, doğum yapıp yapmadığı, doğum sayısı, doğum şekli, vücut kitle indeksi (VKİ), sigara içme durumu, menopoz durumu, ek hastalık varlığı açısından istatistiksel olarak farklılık olup olmadığı araştırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya ürodinami ile üriner inkontinans tanısı doğrulanan toplam 122 kadın hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 54,8±11,6 yıl olup, 38 (%31,1) hastada stres üriner inkontinans (SÜİ), 34 (%27,9) hastada urge üriner inkontinans (UÜİ) ve 50 (%41,0) hastada mikst üriner inkontinans (MÜİ) saptandı.

Gruplar arasında yaş açısından anlamlı farklılık izlendi (p=0,012). MÜİ grubundaki hastaların ortalama yaşı (58,7±10,8 yıl), SÜİ grubuna göre anlamlı derecede yüksekti. Menopoz oranı MÜİ grubunda (%76,0), SÜİ (%47,4) ve UÜİ (%61,8) gruplarına göre daha yüksekti (p=0,021).

Doğum yapmış olma oranı tüm gruplarda yüksek olmakla birlikte gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,318). Ancak doğum sayısı açısından anlamlı farklılık mevcuttu (p=0,034). MÜİ grubunda ortalama doğum sayısı 4,1±1,8 iken, SÜİ grubunda 3,0±1,5 ve UÜİ grubunda 3,2±1,7 olarak bulundu.

Normal vajinal doğum öyküsü MÜİ grubunda daha sık görülmesine rağmen istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (p=0,087). VKİ değerleri incelendiğinde MÜİ grubunda ortalama VKİ'nin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görüldü (31,2±4,9 kg/m²; p=0,018).

Sigara kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,446). Ek hastalık varlığı ise özellikle diyabetes mellitus ve hipertansiyonun daha sık görüldüğü MÜİ grubunda anlamlı derecede yüksekti (p=0,029).

SONUÇ

Çalışmamızda üriner inkontinans alt tipleri arasında bazı demografik ve klinik özellikler açısından anlamlı farklılıklar saptanmıştır. İleri yaş, yüksek VKİ, menopoz durumu ve artmış doğum sayısı özellikle mikst üriner inkontinans ile ilişkili bulunmuştur. Buna karşın sigara kullanımı ve doğum şekli açısından anlamlı bir farklılık gösterilememiştir. Üriner inkontinansın değerlendirilmesinde risk faktörlerinin ayrıntılı olarak sorgulanması ve ürodinamik inceleme ile birlikte değerlendirilmesi, hastaya özgü tedavi planlamasında yol gösterici olabilir.

Değişken	SÜİ (n=38)	UÜİ (n=34)	MÜİ (n=50)	p değeri
Yaş (yıl), ort±SS	50.8 ± 10.2	55.1 ± 11.5	58.7 ± 10.8	0.012
VKİ (kg/m²), ort±SS	28.4 ± 4.2	29.7 ± 4.8	31.2 ± 4.9	0.018
Menopoz, n (%)	18 (47.4)	21 (61.8)	38 (76.0)	0.021
Doğum yapma, n (%)	34 (89.5)	32 (94.1)	48 (96.0)	0.318
Doğum sayısı, ort±SS	3.0 ± 1.5	3.2 ± 1.7	4.1 ± 1.8	0.034
Vajinal doğum öyküsü, n (%)	25 (65.8)	25 (73.5)	42 (84.0)	0.087
Sezaryen öyküsü, n (%)	13 (34.2)	9 (26.5)	8 (16.0)	0.094
Sigara kullanımı, n (%)	10 (26.3)	8 (23.5)	16 (32.0)	0.446
Ek hastalık varlığı, n (%)	14 (36.8)	15 (44.1)	31 (62.0)	0.029
Hipertansiyon, n (%)	7 (18.4)	8 (23.5)	18 (36.0)	0.041
Diyabetes mellitus, n (%)	5 (13.2)	7 (20.6)	16 (32.0)	0.032

Tablo 1. Üriner inkontinans tiplerine göre demografik ve klinik özelliklerin karşılaştırılması

SB-174) AŞIRI AKTİF MESANEDE TRANSKÜTANÖZ TİBİAL SİNİR STİMÜLASYONU PROTOKOLLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI VE TEDAVİ BAŞARISINI ÖNGÖREN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

SELMAN ÜNAL (1) MERVE EFE(2) ASLIHAN TURAL(1) MUHAMMED ARİF İBİŞ(3) MEHMET GÖKHAN ÇULHA(4)

1. Ürgüp Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Nevşehir, Türkiye
2. Ürgüp Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Nevşehir, Türkiye
3. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara , Türkiye
4. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

AMAÇ

Bu çalışmada, aşırı aktif mesanesi (AAM) olan kadınlarda farklı transkütanöz tibial sinir stimülasyonu (TTNS) uygulama protokollerinin klinik sonuçlar üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi ve tedavi yanıtı ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

AAM tanılı toplam 60 kadın hastaya 12 seanslık TTNS tedavisi uygulandı. Haftada iki seans olmak üzere 6 hafta tedavi alan hastalar Grup 1'e (n=29), haftada üç seans olmak üzere 4 hafta tedavi alan hastalar ise Grup 2'ye (n=31) kaydedildi. Semptom şiddeti ve tedavi sonuçları, Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu (OAB-V8) ve 3 günlük mesane günlüğü kullanılarak değerlendirildi. Klinik yanıt, önceden tanımlanmış klinik olarak anlamlı iyileşme kriterlerine göre belirlendi. Tedavi başarısı ile ilişkili değişkenler lojistik regresyon analizi ile incelendi.

BULGULAR

Her iki tedavi protokolü de benzer sonuçlar sağladı. Tedavi sonrası OAB-V8 skorları (16,5 ± 10,30 ve 17,26 ± 9,87; p=0,609), mesane günlüğü bulguları ve genel yanıt oranları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Tedavi başarısı Grup 1'de %75,8, Grup 2'de ise %74,1 oranında elde edildi (p=0,881). Tek değişkenli analizlerde diyabetes mellitus varlığı ve tedavi başlama endikasyonu tedavi sonucu ile ilişkili bulundu. Çok değişkenli analizde, antikolinerjik veya ß3-adrenoseptör agonisti tedavisinin yan etkiler ya da kontrendikasyonlar nedeniyle sonlandırılmış olması, başarılı TTNS tedavisinin tek bağımsız belirleyicisi olarak saptandı.

SONUÇ

Her iki TTNS protokolü ile benzer klinik iyileşmeler elde edilmiş olup, haftalık uygulama sıklığının artırılmasının tedavi sonuçlarını iyileştirmediği görülmüştür. Hastaların yaklaşık dörtte üçünde klinik olarak anlamlı semptom düzelmesi sağlanmıştır. Farmakolojik tedaviyi tolere edemeyen hastalar TTNS'den daha fazla fayda görebilecek bir hasta grubunu temsil ediyor olabilir.

SB-175) KOMPLİKASYON VE MALPRAKTİS KAYGISININ ASİSTAN HEKİMLERİN TUTUM VE DAVRANIŞLARINA ETKİSİ: ÜROLOJİK CERRAHİ DERNEĞİ KOMPLİKASYON ÇALIŞMA GRUBU ÇALIŞMASI

EMRAH IŞIKLI(1) RİDELL LOGLİ(2) KAAN HAPOĞLU(2) ANIL ŞERİF DEMİR(3) EREN CAN AYDIN(3) ERMAN CEYHAN(2)

1. Kocaeli Şehir Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı
2. Başkent Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı
3. Muğla Sıtkı Koçman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı

AMAÇ

Komplikasyon gelişme korkusu ve malpraktis endişesi, asistan hekimlerin klinik kararlarını ve mesleki tutumlarını etkileyebilmektedir. Artan malpraktis davaları ve hukuki belirsizlikler, hekimlerde komplikasyonlara yönelik kaygıyı artırmakta ve "defansif tıp" davranışının yaygınlaşmasına neden olmaktadır. Bu çalışmada farklı branşlardaki asistan hekimlerin komplikasyon korkusu, malpraktis algısı ve klinik davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

BÜTF Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı (Proje no:KA26/200) sonrası hazırlanan çevrimiçi anket, farklı uzmanlık dallarında eğitim gören asistan hekimlere uygulandı. Tıp doktoru olmayan asistanlar dışlandı. Onam veren katılımcıların demografik özellikleri, komplikasyon ve malpraktise ilişkin görüşleri, klinik karar alma süreçleri ve "defansif tıp" eğilimleri değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya 108 asistan hekim katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması 29,8±3,7 yıl olup %63,9'u erkekti. Asistanların kıdem dağılımı 1.-5. yıllar için sırasıyla 16, 20, 30, 26 ve 16 kişiydi. Katılımcıların %66,7'si cerrahi branşlarda görev yapmaktaydı. Komplikasyon ve malpraktis kaygısının branş seçimini etkilemediğini belirtenlerin oranı %54,6 iken, %25'i daha az riskli branşları tercih ettiğini belirtmişti. Hekimlerin %47,2'si en az bir kez majör bir komplikasyonla karşılaştığını ifade etti. Katılımcıların yorumları incelendiğinde %11,1 asistanın komplikasyonları doğrudan malpraktis olarak tanımladığı görüldü. Asistan hekimlerin komplikasyon ve malpraktis konularına ilişkin görüşleri Tablo 1'de listelenmiştir. Komplikasyon gelişen hastalarda katılımcıların %92,6'sı takip sıklığını artıracağını, %5,6'sı ise malpraktis ve dava edilme korkusuyla tedaviden çekilmeyi tercih edebileceğini belirtti. Katılımcıların %32,4'ü gelişen komplikasyonu, şiddetinden bağımsız olarak öncelikle kendisinin çözmeye çalışacağını ifade etti. Komplikasyon gelişmesi durumunda katılımcılar en çok şiddete maruz kalma endişesi yaşadıklarını (%57,4), hukuki süreçlerden korktuklarını (%55,6) ve hastanın güvenini kaybetme korkusu hissettiklerini (%39,8) belirtti. Hekimlerin %57,4'ü klinik içi eğitimlerde yalnızca ciddi komplikasyonların ele alındığını belirtti. Komplikasyon yönetimine yönelik asistanların neye ihtiyacı olduğu sorusuna katılımcılar %77,8 oranında branşa özgü eğitimlere, %70,4 oranında hukuki haklar ve sorumluluklar eğitimine ve %55,6 oranında ise simülasyon temelli komplikasyon yönetimi eğitimlerine ihtiyaç duyduklarını belirtti.

SONUÇ

Asistan hekimler arasında komplikasyon korkusu ve malpraktis kaygısı yaygın olmakla birlikte, bu durumun branş seçimine etkisi sınırlıdır. Buna karşın söz konusu kaygıların hasta yönetiminde farklı tutum ve davranışlara yol açtığı açıktır. Asistan hekimlerin bu noktada riskli hastaları daha sıkı takip etme eğiliminde oldukları, bazen bu hastaların tedavilerinden geri çekilmek istedikleri ve bazen de defansif uygulamalara neden olduğu görülmektedir. Hekimlerin beyanlarına göre komplikasyon yönetimi için eğitimlerinin yetersiz kaldığı ve hukuki süreçlere yönelik güvensizlik hissi olduğu dikkat çekmektedir. Bu bulgular, komplikasyon yönetimi ve medikolegal süreçlere yönelik eğitimlerin güçlendirilmesi gerektiğini ve asistan hekimlerin tüm tedavi süreçleri boyunca eğiticiler tarafından izlenmesi ve desteklenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Tablo 1. Asistan hekimlerin komplikasyon ve malpraktis ilişkili konulara ilişkin görüşleri

Soru	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Meslek olarak tıp hekimi olmayı tercih ettiğim için pişmanım.	%17,6 (19/108)	%36,1 (39/108)	%21,3 (23/108)	%14,8 (16/108)	%10,2 (11 /108)
Mesleğimi yaparken kendimi güvende hissediyorum.	%17,6 (19/108)	%23,1 (25/108)	%31,5 (34/108)	%27,8 (30/108)	%0 (0/108)
Komplikasyon ile malpraktis arasındaki hukuki farkı net olarak biliyorum.	%1,9 (2/108)	%13 (14/108)	%16,7 (18/108)	%47,2 (51/108)	%21,3 (23/108)
Mevcut yasaların komplikasyon ve malpraktis ayrımında hekimi yeterince koruduğuna inanıyorum.	%38,9 (42/108)	%30,6 (33/108)	%25 (27/108)	%5,6 (6/108)	%0 (0/108)
Hastaların tedavi süreçlerinde karar alırken, yüksek riskli hastaların tedavisini üstlenmekten kaçınırım.	%15,7 (17/108)	%43,5 (47/108)	%27,8 (30/108)	%8,3 (9/108)	%4,6 (5/108)
Hastaların tedavi süreçlerinde karar alırken, kesin sonuç verici tüm tetkikleri en baştan isterim.	%5,6 (6/108)	%16,7 (18/108)	%29,6 (32/108)	%34,3 (37/108)	%13,9 (15/108)
Asistanlık eğitimim sırasında bir komplikasyon geliştiğinde hangi adımların izleneceğini konusunda yeterli eğitim aldım.	%8,3 (9/108)	%18,5 (20/108)	%38,9 (42/108)	%25,9 (28/108)	%8,3 (9/108)
Soru	**Hiçbir zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sıklıkla**	**Her zaman**
Uygulayacağım tedavilerde komplikasyon gelişiminden korkarım.	%3,7 (4/108)	%14,8 (16/108)	%48,1 (52/108)	%23,1 (25/108)	%10,2 (11/108)
Uygulayacağım tedaviler sonucu bir malpraktis davasına dahil olmaktan korkarım.	%1,9 (2/108)	%16,7 (18/108)	%31,5 (34/108)	%28,7 (31/108)	%21,3 (23/108)
Hata yapma korkusu günlük tıbbi pratiğimde stres yaratır.	%12 (13/108)	%26,9 (29/108)	%36,1 (39/108)	%13,9 (15/108)	%11,1 (12/108)
Komplikasyonlar nedeniyle bu branşı/mesleği seçtiğim için pişmanlık duydum.	%30,6 (33/108)	%34,3 (37/108)	%17,6 (19/108)	%11,1 (12/108)	%6,5 (7/108)
Komplikasyon gelişen hastanın takibini başka bir meslektaşıma devretmek isterim.	%35,2 (38/108)	%39,8 (43/108)	%18,5 (20/108)	%4,6 (5/108)	%1,9 (2/108)

SB-176) TÜRKİYE'DEKİ ÜROLOJİ ASİSTANLARINDA TÜKENMİŞLİK SENDROMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

ENDER AKDEMİR(1) MEHMET ALİ SERDAROĞLU(1) MEHMET LEVENT AKBULUT(2)

1. MALATYA TURGUT ÖZAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. MALATYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Tükenmişlik sendromu—duygusal tükenmişlik (DT), depersonalizasyon (DP) ve azalmış kişisel başarı (KB)—hekimlerde yaygın olmakla birlikte, batı dışı ortamlarda üroloji asistanlarına yönelik veriler kısıtlıdır. Bu çalışmada Türkiye'deki üroloji asistanlarında tükenmişlik sıklığı ile demografik, mesleki ve yaşam tarzına ilişkin faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Türkiye genelinde dört farklı kurum türünde görev yapan üroloji asistanları ile çok merkezli, kesitsel çevrimiçi anket çalışması yapıldı. Uygunluk ölçütlerini karşılayan 129 asistandan 106'sı çalışmaya dahil edildi (yanıt oranı %82,2). Tükenmişlik, beşli Likert ölçeği (0–4) ile uyarlanmış 22 maddelik Maslach Tükenmişlik Envanteri kullanılarak değerlendirildi. Sınıflandırmada hem oransal olarak düzeltilmiş kesme değerleri hem de veri temelli tersil ayrımları kullanıldı. Grup karşılaştırmalarında t-testi, Mann-Whitney U, ANOVA ve Kruskal-Wallis testleri; sürekli değişkenler arası ilişkilerde Spearman korelasyonu uygulandı. $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Katılımcıların ortalama yaşı 28,97±2,89 yıl olup %94,3'ü erkekti. Ortalama haftalık çalışma süresi 64,04±19,33 saat, aylık nöbet sayısı 5,08±2,23 idi. Ortalama alt ölçek skorları DT 20,90±5,76, DP 10,25±3,09 ve KB 19,24±3,93 bulundu. Düzeltilmiş kesme değerlerine göre yüksek DT, DP ve KB tükenmişliği sırasıyla %73,6, %71,7 ve %78,3; tersil ayrımına göre en yüksek tersilde sırasıyla %32,1, %34,0 ve %36,8 saptandı. Alkol kullanımı ($p<0,001$), sigara kullanımı ($p=0,020$) ve psikiyatrik öykü ($p=0,027$) yüksek DT ile ilişkiliydi; psikiyatrik öyküsü olanlarda KB de daha düşüktü ($p=0,040$). Mesleki doyum en güçlü ilişkili faktördü (DT ile ?=-0,557; KB ile ?=0,500; her ikisi $p<0,001$). Haftalık çalışma süresi DP (?=0,317) ve DT (?=0,270) ile, aylık nöbet sayısı azalmış KB (?=-0,297) ile ilişkiliydi. Kurum türü, asistanlık yılı, yıllık izin ve yayın sayısına göre anlamlı fark izlenmedi.

SONUÇ

Türkiye'deki üroloji asistanlarında tükenmişlik yüksek sıklıktadır (tersil ile %32–37, düzeltilmiş kesme değerleriyle %72–78). Mesleki doyum, çalışma yükü, sigara ve alkol kullanımı ile psikiyatrik öykü anlamlı ilişkili faktörlerdir. Kesitsel tasarım nedeniyle tüm ilişkiler nedensellik içermez. Bulgular, hem bireysel hem kurumsal düzeyde çok yönlü müdahale gerekliliğini vurgulamaktadır.

Tablo 1: Ameliyat süresi, Delta Qmax, Delta Qavg ve Delta PVR karşılaştırması

Tüm Kohort (n=154)	Dutasterid (+) (n=77)	Dutasterid (-) (n=77)	p
Ameliyat süresi dk ortanca (min,max)	60 (30,150)	60 (25,150)	0.409
DeltaQmax ml/sn ortanca (min,max)	4 (7,39)	5 (4,40)	0.469
DeltaQavg ml/sn ortanca (min,max)	3 (4,25)	3 (6,22)	0.859
DeltaQavg ml/sn ortanca (min,max)	-45 (-425,150)	-47 (-580,230)	0.955

30-60 cc PV (n=55)	Dutasterid (+) (n=30)	Dutasterid (-) (n=25)	p
Ameliyat süresi dk ortanca (min,max)	60 (30,90)	45 (25,90)	0.147
DeltaQmax ml/sn ortanca (min,max)	2 (7,17)	7 (1,40)	0.006
DeltaQavg ml/sn ortanca (min,max)	1 (4,8)	4 (0,22)	0.018
DeltaQavg ml/sn ortanca (min,max)	-5 (-255,150)	-8 (-580,230)	0.754

60-90 cc PV (n=47)	Dutasterid (+) (n=21)	Dutasterid (-) (n=26)	p
Ameliyat süresi dk ortanca (min,max)	65 (45,120)	60 (30,90)	0.218
DeltaQmax ml/sn ortanca (min,max)	5 (3,21)	4,5 (1,23)	0.533
DeltaQavg ml/sn ortanca (min,max)	3 (1,11)	2 (1,17)	0.217
DeltaQavg ml/sn ortanca (min,max)	-100 (-425,100)	-47 (-415,140)	0.507

90 cc üzeri PV (n=52)	Dutasterid (+) (n=27)	Dutasterid (-) (n=25)	p
Ameliyat süresi dk ortanca (min,max)	75 (60,150)	90 (45,150)	0.621
DeltaQmax ml/sn ortanca (min,max)	6 (0,39)	5 (0,19)	0.706
DeltaQavg ml/sn ortanca (min,max)	4 (0,25)	4 (0,11)	0.502
DeltaQavg ml/sn ortanca (min,max)	-60 (-405,40)	-60 (-385,60)	0.741

SB-177) AMNİYOTİK HÜCRE KÜLTÜR ORTAMININ RENAL İSKEMİ-REPERFÜZYON HASARINA KARŞI ANTİOKSİDAN VE RENOPROTEKTİF ETKİLERİ: DENEYSEL SIÇAN MODELİ

NECATİ EKİCİ(1) EKREM BAŞARAN(2) İSMAİL EYÜP DİLEK(3) AHMET YILDIRIM BALIK(2) FATİH DEMİR(4)

1. SİİRT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
3. KAHTA DEVLET HASTANESİ
4. SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Renal iskemi-reperfüzyon (İ/R) hasarı, akut böbrek hasarının (ABH) önemli bir nedenidir. AmnioMAX-II Complete Medium, amniyotik hücrelerin kültürü için geliştirilmiş; L-glutamin, insülin, hidrokortizon ve EGF içeren bir hücre kültür ortamıdır. In vitro antioksidan ve sitoprotektif etkileri bilinmesine rağmen in vivo etkinliği araştırılmamıştır. Bu çalışmanın amacı, sıçanlarda oluşturulan bilateral renal İ/R modelinde AmnioMAX-II'nin tedavi edici ve profilaktik uygulamalarının böbrek fonksiyonu, oksidatif stres ve histopatoloji üzerindeki etkilerini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

36 adet Wistar-Albino sıçan rastgele dört gruba ayrıldı (n=9): sham, İ/R, tedavi, profilaksi. Bilateral renal pedikül 45 dakika klemplenerek iskemi oluşturuldu, ardından 24 saat reperfüzyon sağlandı. Tedavi grubuna reperfüzyondan 1 saat sonra, profilaksi grubuna iskemi öncesi 1 saat önce 1 mL AmnioMAX-II Complete Medium intraperitoneal uygulandı; sham grubuna yalnızca laparotomi yapıldı. Serum BUN, üre, kreatinin; doku TAS, TOS, OSI, MDA, SOD, CAT, GPx, GSH, iNOS düzeyleri ve sağ-sol böbrek EGTI histopatolojik skorları (0-12) değerlendirildi. $p<0.05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Serum BUN, üre ve kreatinin İ/R grubunda sham grubuna göre anlamlı yüksekti ($p<0.01$); tedavi grubunda bu değerler İ/R'ye göre anlamlı düşüş gösterdi, profilaksi grubundaki azalma ise anlamlılığa ulaşmadı. Doku TAS İ/R grubunda anlamlı azaldı ($p<0.01$); tedavi ve profilaksi gruplarında anlamlı yükseldi. TOS ve OSI İ/R grubunda en yüksekti; tedavi grubunda anlamlı geriledi, profilaksi grubu diğer gruplarla anlamlı farklılık göstermedi. Antioksidan enzimler (GSH, SOD, GPx, CAT) İ/R grubunda anlamlı şekilde azaldı; tedavi grubunda anlamlı yükselerek sham düzeylerine yaklaştı, profilaksi grubunda ise daha sınırlı düzelme izlendi. Doku GSH açısından tedavi grubu profilaksi grubuna göre anlamlı üstündü ($p<0.05$). MDA, İ/R grubunda anlamlı şekilde yüksekti ($p<0.05$); tedavi/profilaksi gruplarındaki azalma anlamlılığa ulaşmadı. Gruplar arası iNOS açısından istatistiksel fark saptanmadı. Sağ ve sol böbrek EGTI skorları İ/R grubunda (7.6±1.6; 7.1±1.8) sham grubuna (2.0±1.1) göre anlamlı yüksekti ($p<0.01$); tedavi grubunda her iki böbrekte de anlamlı gerileme saptandı (5.1±1.8; 5.4±1.5), profilaksi grubundaki gerileme (6.0±2.5; 6.3±2.0) anlamlılığa ulaşmadı.

SONUÇ

Bulgularımız, AmnioMAX-II Complete Medium'un özellikle reperfüzyon sonrası (tedavi edici) uygulandığında böbrek fonksiyonunu iyileştirdiğini, oksidatif stresi azalttığını ve histopatolojik hasarı anlamlı ölçüde hafiflettiğini göstermektedir. Profilaktik uygulamada benzer yönde ancak daha sınırlı bir etki izlenmiştir. Bu bulgular, AmnioMAX-II'nin renal İ/R hasarına karşı potansiyel bir sitoprotektif ajan olabileceğini, etkinliğinin ise uygulama zamanlamasına bağlı değişebileceğini düşündürmektedir. İleri deneysel çalışmalara ihtiyaç vardır.

Parametre	Sham (n=9)	İ/R (n=9)	Tedavi (n=9)	Profilaksi (n=9)	p değeri
BUN (mg/dL)	21.4 ± 7.4	78.1 ± 19.6	52.8 ± 16.8	67.4 ± 30.5	<0.01
Üre (mg/dL)	45.9 ± 16.0	167.4 ± 41.7	113.1 ± 36.1	144.2 ± 65.4	<0.01
Kreatinin (mg/dL)	1.02 ± 0.04	2.10 ± 0.84	1.08 ± 0.13	1.68 ± 0.70	<0.01
TAS (mmol/L)	1.68 ± 0.10	1.41 ± 0.20	1.56 ± 0.10	1.54 ± 0.10	<0.01
TOS (µmol/L)	6.7 ± 0.9	9.6 ± 1.3	8.0 ± 1.0	8.3 ± 1.7	<0.01
OSI	0.39 ± 0.05	0.68 ± 0.09	0.51 ± 0.04	0.54 ± 0.11	<0.05
GSH (mmol/L)	218.9 ± 21.9	170.2 ± 7.5	204.5 ± 11.2	189.8 ± 5.2	<0.01
SOD (U/mL)	201.4 ± 23.8	156.2 ± 21.8	185.4 ± 9.4	178.2 ± 7.4	<0.01
GPx (U/L)	54.6 ± 17.9	22.1 ± 7.2	39.1 ± 10.2	28.5 ± 6.0	<0.01
CAT (U/mL)	199.1 ± 11.0	147.7 ± 33.6	176.9 ± 24.1	164.8 ± 29.3	<0.01
MDA (nmol/mL)	15.7 ± 2.2	19.8 ± 2.9	16.9 ± 2.2	18.3 ± 3.6	<0.05
iNOS (ng/mL)	21.5 ± 10.3	22.1 ± 9.2	22.9 ± 9.9	22.7 ± 12.6	>0.05

Tablo 1: Serum Böbrek Fonksiyon Belirteçleri ve Doku Oksidatif Stres Parametreleri

SB-178) ÜROLOJİ ASİSTANLARINDA YAN DAL TERCİHLERİ VE ANDROLOJİYE YÖNELİK EĞİTİM VE CERRAHİ DENEYİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ZIHNI CAN DAGDEVIREN(1) ERDEM CAN TOPKAC(2) CAGRI DOGAN(2) ABDULMECIT YAVUZ(3) HASAN DELİKTAS(1)

1. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
3. İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, Türkiye'deki üroloji asistanlarının uzmanlık sonrası yan dal eğilimlerini belirlemek, androlojiye yönelik imkanlarını analiz etmek, cerrahi pratik ve deneyim düzeylerini nesnel verilerle ortaya koymaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmada, Ürolojik Cerrahi Derneği (ÜCD) Androloji Çalışma Grubu Asistan Alt Grubu tarafından hazırlanan 24 soruluk anket formu Google Forms üzerinden 256 üroloji asistanına uygulanmıştır. Katılımcı yanıtları kaydedilerek sıklık ve yüzde dağılımları hesaplanmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya 237(%92.6) erkek, 19(%7.4) kadın asistan katılmıştır. Asistanların 115(%44.9)'i Devlet Üniversite Hastanelerinde, 93(%36.3)'ü Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde görev yapmaktadır. Uzmanlık sonrası planlarda Kamu hastanesinde çalışmak (%35.2) ve Akademik kariyer yapmak (%32) öne çıkarken, Yurt dışında çalışmak (%8.2) en az tercih edilen plandır. En çok ilgi duyulan ürolojik yan dallar Endoüroloji (n:131, %51.2) ve Androloji (n:116, %45.3) iken, Çocuk Ürolojisi (n:16, %6.3) ve Transplantasyon Ürolojisi (n:14, %5.5) en az ilgi gören alanlardır.

Yan dal tercihinde en güçlü belirleyiciler, ilgi duyulan hasta grubu (%50,4) ve cerrahi çeşitliliktir (%50).Katılımcıların %73.8'inin çalıştığı kurumda ilgilendikleri yan dal ile ilgili spesifik vaka yapan öğretim üyesi bulunmasına rağmen, %70.7'sinin kurumunda ilgili yan dal polikliniği yoktur.

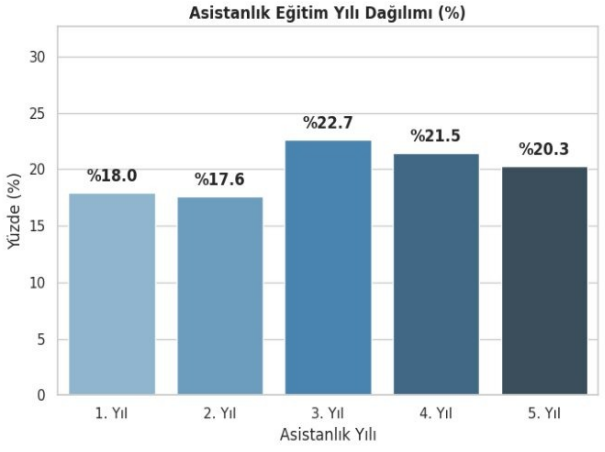
İlgilenilen yan dal için Türkiye'deki eğitim olanakları katılımcıların %48.8'i tarafından "sınırlı" olarak değerlendirilirken, %22.3'ü "yeterli" cevabı vermiş ve %18.8'i olanakları "yetersiz" bularak yurtdışı deneyimini bir gereklilik olarak görmektedir. Asistanların bilgi ve becerilerini geliştirmeye yönelik gelecek planları ve öncelikleri arasında; asistanlık döneminde daha fazla vaka deneyimi edinmek (%64.8), ulusal/uluslararası kurs ve kongrelere katılım (%59) ve akademik çalışma faaliyetleri (%40.6) ilk sıralarda yer almaktadır. İlgilendikleri alanda aktif vaka, poliklinik ve araştırma deneyimi olanların oranı %68 olup, deneyimi olmayanların %63'ü 1. yıl asistanıdır.

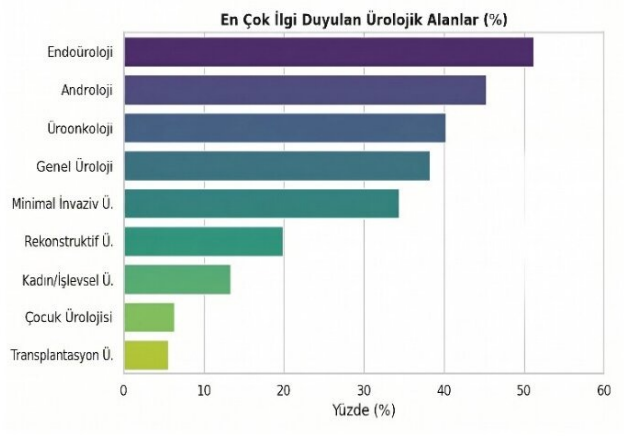
Asistanların ilgilendikleri yan dalda gelişimini artırmak için en etkili düzenleme ne olurdu sorusunda; "Resmi yan dal bilim dallarının kurulması" (%34.4) ve "Eğitim kurumlarında teknik altyapının güçlendirilmesi" (%29.3) cevapları öne çıkmaktadır.

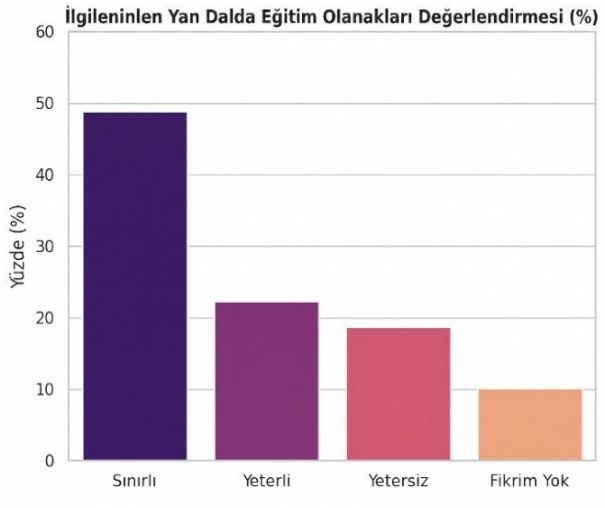
Androloji özelinde; Erektil disfonksiyon (%60.2) ve Erkek infertilitesi (%51.05) en fazla ilgi duyulan konulardır. Kurumlarda ileri düzey androlojik cerrahilerin yapılma sıklığı %41 oranında "sınırlı sayıda", %30 oranında "nadiren" olarak bildirilmiş; aktif/düzenli yapılma oranı %20.5 saptanmıştır. En aktif uygulanan işlemler Hidroselektomi (%92) ve Testis torsiyonu cerrahisidir (%86.4). Özellikli cerrahilerden Penil protez implantasyonu %56.3, Mikro-TESE ise %52.1 oranında aktif yapılmaktadır.

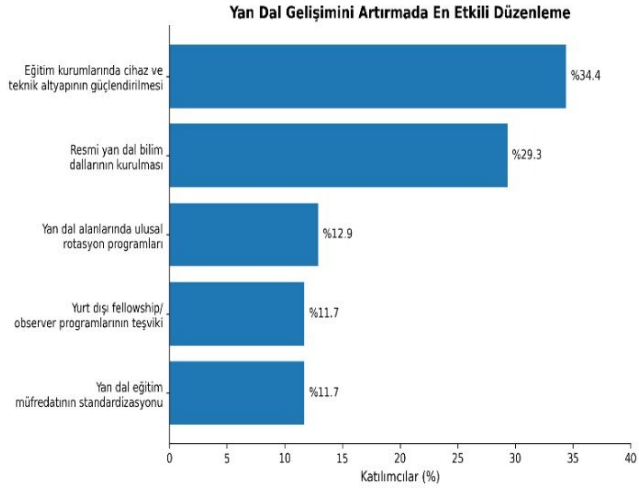
SONUÇ

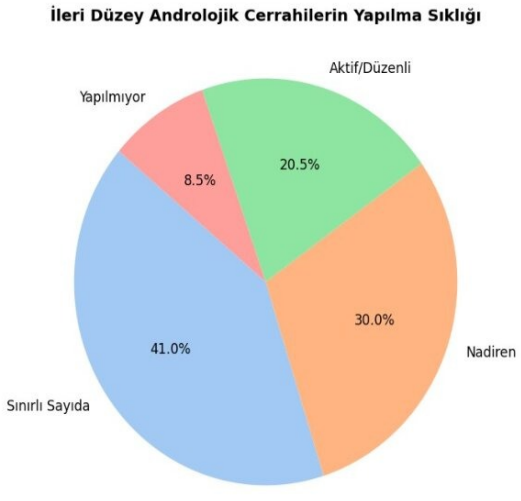
ÜCD Androloji Çalışma Grubu Asistan Alt Grubu adına yapılan bu çalışma, üroloji asistanlarının androlojiye ve akademik kariyere ilgisinin yüksek olduğunu göstermektedir. Çocuk Ürolojisi gibi önemli bir yan dalın az tercih edilmesi ve androlojiye yönelik yüksek ilgiye rağmen ileri düzey androlojik cerrahilerin düzenli yapılma oranının (%20.5) düşük kalması dikkat çekicidir. Ulusal düzeyde resmi yan dal programlarının planlanması, kurumsal altyapıların güçlendirilmesi ve az tercih edilen alt branşların teşvik edilmesi üroloji eğitim vizyonu için öne çıkmaktadır.

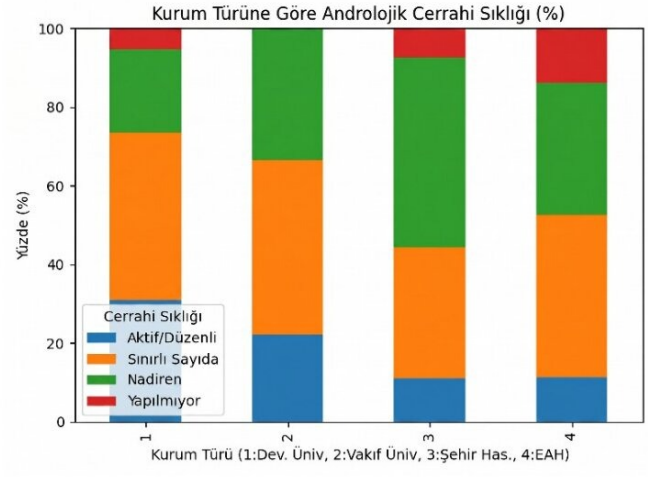












SB-179) YÜKSEK YERLEŞİMLİ İNMEMİŞ TESTİSLERDE MODİFİYE PRENTİSS MANEVRASI: TESTİKÜLER ATROFİ ÜZERİNE ETKİSİ VE TEK MERKEZ DENEYİMİ

NİHAT KARABACAK(1) DAMLA NUR TATLI ŞAHİN(1) MUSTAFA ÖZGÜR TAN(1) ÖZDEMİR SERHAT GÜROCAK(1)

1. gazi üniversitesi tıp fakültesi üroloji ad

AMAÇ

Yüksek yerleşimli inmemiş testislerde (İT) testisin skrotuma gerilim oluşturmadan indirilebilmesi cerrahi açıdan önemli bir zorluk oluşturmaktadır. Modifiye Prentiss manevrası, spermatik kord uzunluğunu artırmak amacıyla kullanılan cerrahi tekniklerden biridir. Bu çalışmada, yüksek yerleşimli inmemiş testisli hastalarda modifiye Prentiss manevrasının orşiyopeksiden altı ay sonraki testiküler atrofi oranları üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

2018–2025 yılları arasında inmemiş testis nedeniyle açık orşiyopeksi uygulanan 210 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, preoperatif testis lokalizasyonu, modifiye Prentiss manevrasının uygulanma durumu ile preoperatif ve postoperatif ultrasonografik testis hacimleri kaydedildi. Birincil sonlanım ölçütü, ameliyattan 6 ay sonra gelişen testiküler atrofiydi. İç inguinal halka düzeyinde yer alan 62 yüksek yerleşimli testis için önceden tanımlanmış bir alt grup analizi gerçekleştirildi. Gruplar arasındaki karşılaştırmalarda Fisher'in testi veya ki-kare testi kullanıldı.

BULGULAR

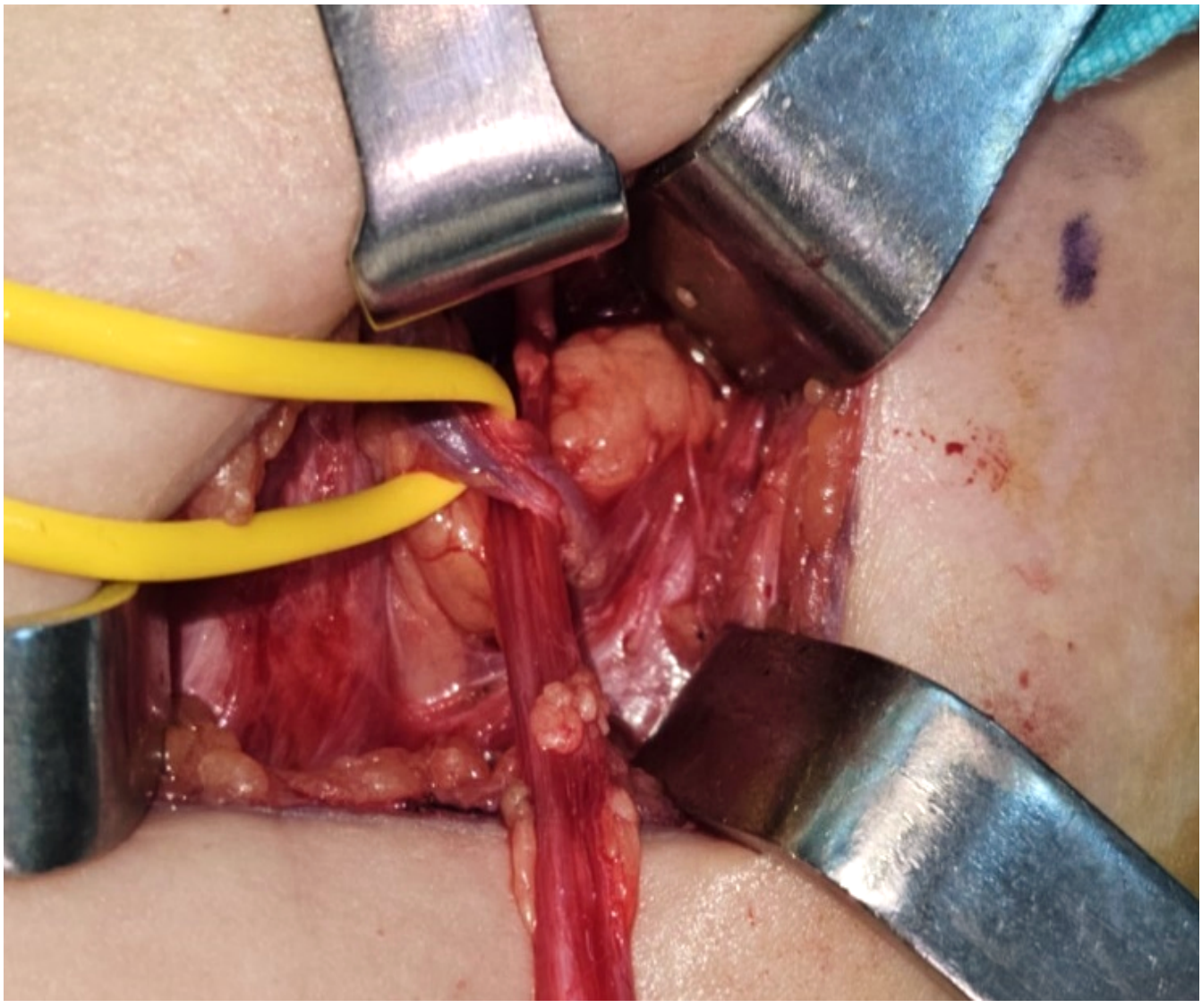
Yüksek yerleşimli 62 testisin (%34,8) değerlendirildiği alt grupta, 6. ayda genel testiküler atrofi oranı %8,1 (5/62) olarak saptandı. Modifiye Prentiss manevrası 25 olguda (%40,3) uygulandı. Testiküler atrofi, Prentiss grubunda %4,0 (1/25), Prentiss uygulanmayan grupta ise %10,8 (4/37) oranında görüldü ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p = 0,64). Modifiye Prentiss manevrası, cerrahi işlemin karmaşıklığını artırmaksızın klinik olarak daha düşük testiküler atrofi oranı ile ilişkili bulundu. Ayrıca postoperatif testis hacimleri açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

SONUÇ

Modifiye Prentiss manevrası, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha düşük testiküler atrofi oranı ile ilişkili bulunmuş olup klinik açıdan olumlu bir eğilime işaret etmektedir. Yüksek yerleşimli inmemiş testislerde gerilimsiz skrotal yerleşimin sağlanmasında güvenli ve uygulanabilir bir seçenek olarak değerlendirilebilir. Bu bulguların daha geniş örneklem içeren çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

Prentiss Manevrası	Atrofi yok n (%)	Atrofi var n (%)	Toplam (n)
Prentiss uygulanmayan (0)	33 (89.2%)	4 (10.8%)	37
Prentiss uygulanan (1)	24 (96.0%)	1 (4.0%)	25
Toplam*	57 (91.9%)	5 (8.1%)	62

Yüksek yerleşimli testislerde modifiye Prentiss manevrası ile 6. ay testiküler atrofisi arasındaki ilişki (n = 62).



SB-180) KAHRAMANMARAŞ DEPREMLERİ SONRASI PEDİYATRİK ENÜREZİS NOKTURNA BAŞVURULARINDA DEMOGRAFİK DEĞİŞİM VE POLİKLİNİK TERCİHLERİNDEKİ FARKLILAŞMA

İSMAİL EYÜP DİLEK(1) İBRAHİM SİBAL(1) NECATİ EKİCİ(2)

1. KAHTA DEVLET HASTANESİ
2. SİİRT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremlerinin, pediyatrik enürezis nokturna hastalarının demografik profilleri, poliklinik tercihleri ve sağlık hizmeti arayış dinamikleri üzerindeki etkisini incelemektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Retrospektif kesitsel kohort tipindeki bu çalışmada, deprem öncesi (9 Eylül 2019 - 6 Şubat 2023) ve sonrası (7 Şubat 2023 - 6 Temmuz 2026) olmak üzere iki dönem incelenmiştir. Hastane otomasyon sisteminden enürezis nokturna tanılı 4-18 yaş arası pediyatrik hastalar dahil edilmiştir. Mükerrer başvuruların etkisini önlemek amacıyla analizler yalnızca hastaların ilk başvuruları (Deprem öncesi n=584; Deprem sonrası n=633) üzerinden yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde Ki-kare Testi ve T-Testi kullanılmış, $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

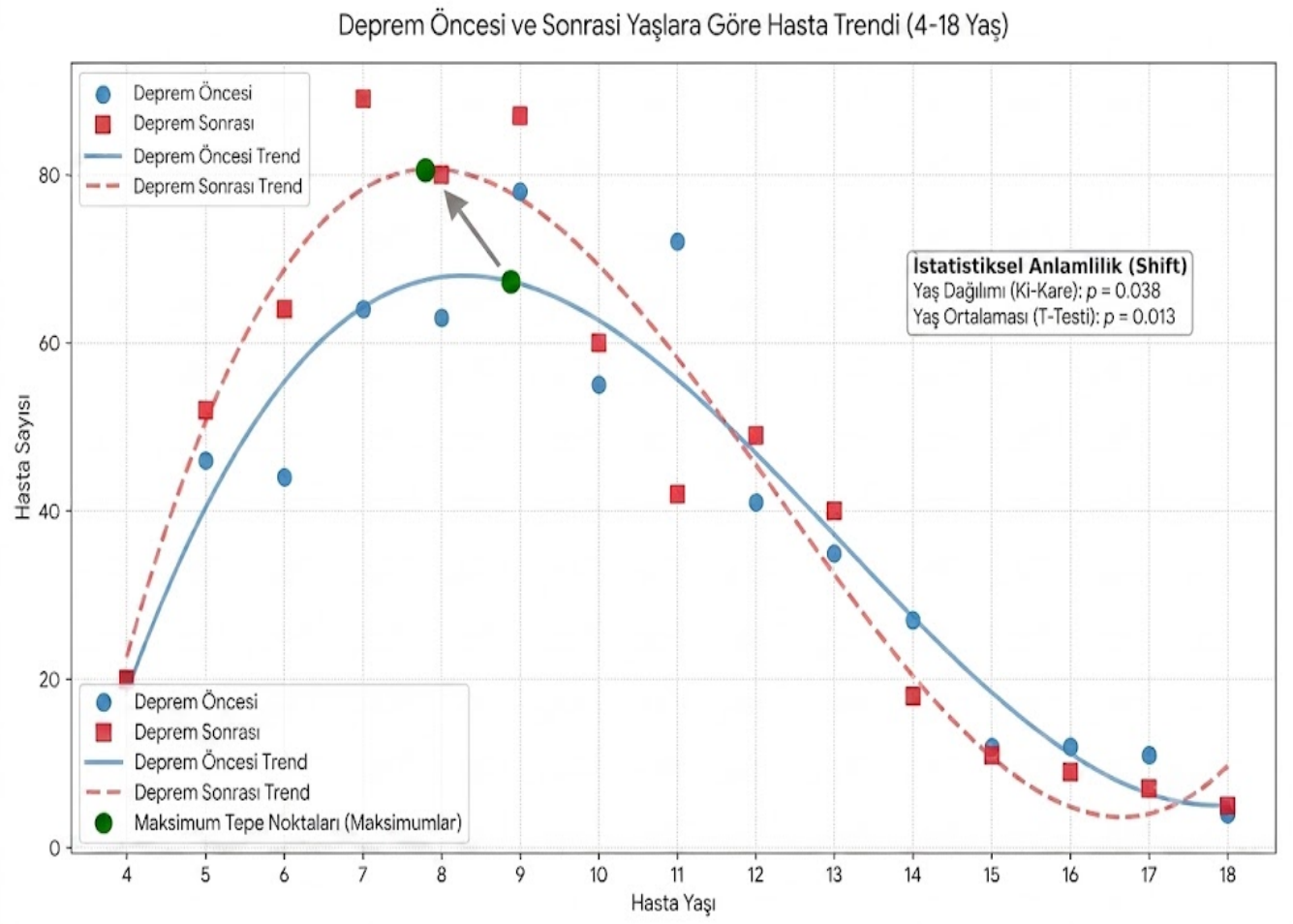
Deprem öncesi hastaların yaş ortalaması 9.46 (±3.2) iken, deprem sonrasında bu ortalama istatistiksel olarak anlamlı düzeyde 9.02'ye (±3.1) düşmüştür ($p=0.012$). Özellikle 6-9 yaş (erken okul çağı) grubunun toplam başvurular içindeki payı artmış ve 2'şer yıllık kohortlara göre yaş dağılımındaki bu değişim anlamlı bulunmuştur ($p=0.038$,Tablo 1). Her iki dönem için normal dağılım eğrisi izlenmiş olup, hastalığın doğal seyrine uygun olarak ergenlik dönemi ve sonrasında başvuruların düşerek spontan düzelme gösterdiği saptanmıştır (Şekil 1). Cinsiyet dağılımında her iki dönemde de erkek baskınlığı (öncesi %62.2, sonrası %65.4) görülmüş, dönemler arası anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.263$). Poliklinik tercihleri incelendiğinde; deprem öncesi %56.7 olan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları başvuruları deprem sonrasında %67.3'e yükselmiş, Üroloji başvuruları ise %41.6'dan %32.4'e gerilemiştir ($p<0.001$,Tablo 1).Çocuk Psikiyatrisi'ne her iki dönemde de başvuru yapılmadığı saptanmıştır. Hastaların poliklinik mükerrer başvuru oranlarında ise (öncesi %32.9, sonrası %32.2) afete rağmen anlamlı bir değişim yaşanmamıştır ($p=0.857$).

SONUÇ

Yaş ortalamasındaki düşüş ve 6–9 yaş grubundaki artış, deprem travmasının küçük çocuklarda sekonder enürezisi tetikleyen önemli bir stresör olduğunu düşündürmektedir. Yaş dağılımındaki değişim, hastalığın doğal seyriyle birlikte ergenlerin sekonder enürezise daha dirençli olabileceğini göstermektedir. Afet sonrası ailelerin Üroloji yerine Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları'nı daha sık tercih etmesi, çocuk hekimlerinin ilk başvuru basamağındaki rolünün güçlendiğini göstermektedir. Çocuk Psikiyatrisi başvurularının olmaması ise multidisipliner yaklaşım gereksinimine işaret etmektedir. Deprem sonrası pediyatrik enürezis nokturna olgularında demografik özellikler ve poliklinik tercihleri değişmiştir. Bulgular, afet dönemlerinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Üroloji ve Çocuk Psikiyatrisinin iş birliğine dayalı multidisipliner bakım modellerinin önemini desteklemektedir.

Değişken	Deprem Öncesi (n=584)	Deprem Sonrası (n=633)	p değeri
Yaş (yıl, ortalama ± SS)	9,46 ± 3,2	9,02 ± 3,1	0,013*
Yaş grupları, n (%)	-	-	0,038*
4–5 yaş	66 (11,3)	72 (11,4)	-
6–7 yaş	108 (18,5)	153 (24,2)	-
8–9 yaş	141 (24,1)	167 (26,4)	-
10–11 yaş	127 (21,7)	102 (16,1)	-
12–13 yaş	76 (13,0)	89 (14,1)	-
14–15 yaş	39 (6,7)	29 (4,6)	-
16–17 yaş	23 (3,9)	16 (2,5)	-
18 yaş	4 (0,7)	5 (0,8)	-
Erkek cinsiyet, n (%)	363 (62,2)	414 (65,4)	0,263
İlk başvurulan poliklinik	-	-	-
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	331 (56,7)	426 (67,3)	<0,001*
Üroloji	243 (41,6)	205 (32,4)	<0,001*
Çocuk Psikiyatrisi	0	0	-
Tedavi uyumu, n (%)	192 (32,9)	204 (32,2)	0,857

Olguların Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması



SB-181) 7 YAŞINDA BİR OLGUDA PENİL KURVATÜRE NEDEN OLAN PENİL KÖK YERLEŞİMLİ PRİMER SOLİTER PLEKSİFORM NÖROFİBROM: CERRAHİ YÖNETİM VE SONUÇLAR

YAKUP EMRE TEKİN(1) BURAK TANDER(2) CENGİZ CANPOLAT(2) ALP DİNÇER(2) FİLİZ SAÇAN(2) ARZU AKÇAY(3) CEM AKBAL(2)

1. ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. ACIBADEM ALTUNİZADE HASTANESİ
3. ÖZEL ACIBADEM ATAKENT HASTANESİ

AMAÇ

Nörofibromatozis tip 1 (NF1); kafe-ole (café-au-lait) lekeleri, aksiller çillenme, kemik displazisi ve nörofibromlar ile karakterize otozomal dominant geçişli bir hastalıktır. Pleksiform nörofibromlar, genitoüriner sistemi nadiren tutan ve en sık mesanede izlenen patognomonik lezyonlardır. Penil lokalizasyon son derece nadir olup, literatürde dünya çapında bildirilmiş 20'den az pediatrik olgu bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, 7 yaşındaki bir erkek hastada penil kök yerleşimli primer soliter pleksiform nörofibrom olgusunu sunmak ve cerrahi yönetimini sonuçlarıyla birlikte tartışmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

İki yıldır giderek büyüyen, penil kök yerleşimli, 3 cm boyutunda yumuşak ve ağrısız bir kitle ile buna eşlik eden 40° penil kurvatür şikayeti ile başvuran 7 yaşında bir erkek hasta sunulmaktadır. Hastadaki kafe-ole lekelerinin varlığı NF1 tanı kriterlerini karşılamaktadır. Preoperatif değerlendirmede çekilen MRG'de; penil kökten pubik simfize uzanan, Dartos ve Buck fasyaları arasında yerleşimli tübüler bir kitle tespit edilmiştir. Hastaya kitlenin cerrahi eksizyonu uygulanmıştır.

BULGULAR

Cerrahi eksizyon; üretra, korpora kavernoza ve nörovasküler demetler dikkatle korunarak başarılı bir şekilde gerçekleştirilmiştir. Histopatolojik incelemede; S-100, SOX10, CD34 ve EMA için diffüz pozitiflik ile düşük Ki-67 proliferasyon indeksi izlenmiş olup, pleksiform nörofibrom tanısı doğrulanmıştır. Postoperatif iyileşme süreci sorunsuz geçmiştir. Birinci ay takibinde lezyonun nüks etmediği gözlemlenmiştir.

SONUÇ

Çocuklarda primer penil pleksiform nörofibrom son derece nadir görülmekle birlikte, hastamızdaki eşlik eden penil kurvatürde de izlendiği üzere belirgin kozmetik ve fonksiyonel sonuçlar doğurma potansiyeline sahiptir. Cerrahi eksizyon, başarılı kontrol sağlayan temel tedavi yöntemidir. Ancak, nüks ve malign transformasyon riskleri nedeniyle hastaların uzun dönem takibi önem arz etmektedir.


Sterile Surgical Ruler
INCHES
METRIC
Size 6"

SB-182) GEÇİŞ DÖNEMİNDEKİ BİR HASTADA KROPP ÜRETRAL UZATMA PROSEDÜRÜ: CERRAHİ TEKNİK VE ORTA DÖNEM SONUÇLAR

MEHMET GÜRKAN ARIKAN(1) İSMAİL ÖNDER YILMAZ(1) NEBİL AKDOĞAN(1) MUTLU DEĞER(1) EMİRHAN YALÇIN(1) NİHAT SATAR(1)

1. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ

AMAÇ

Kropp üretral uzatma prosedürü, mesane boynu yetmezliğine bağlı üriner inkontinansın tedavisinde tanımlanmış rekonstrüktif seçeneklerden biridir. Ancak çocukluk çağında mesane ekstrofisi nedeniyle rekonstrüksiyon geçirmiş ve erişkin yaşa ulaşmış hastalarda uygulanmasına ilişkin deneyim sınırlıdır. Bu olgu sunumunda, transition dönemindeki bir mesane ekstrofisi hastasında uygulanan Kropp prosedürünün cerrahi basamaklarının ve orta dönem fonksiyonel sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

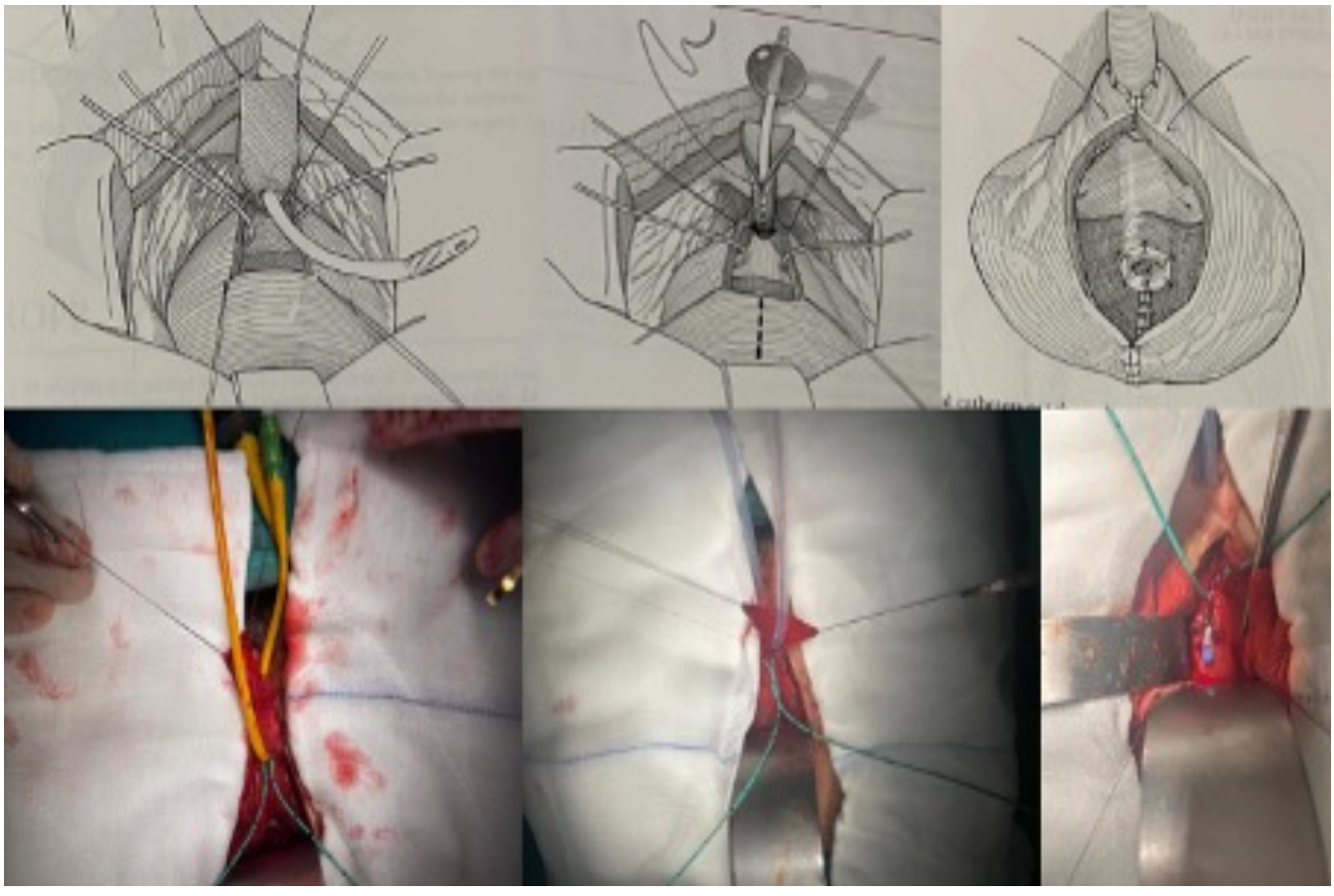
Yirmi yaşında kadın hasta, yenidoğan döneminde mesane ekstrofisi nedeniyle primer onarım, iki yaşında ise augmentasyon sistoplastisi öyküsü ile tarafımıza başvurdu. Çocukluk döneminden itibaren devam eden total üriner inkontinansı bulunan hasta günlük 9–10 ped kullanmaktaydı. Üriner sistem ultrasonografisinde üst üriner sistemler normaldi. Videoürodinamik incelemede düşük basınçlı, asensitif, akontraktil nörojen mesane saptandı. Sistoskopide yaklaşık 1 cm uzunluğunda üretra, belirgin mesane boynu yetmezliği ve koaptasyon kaybı izlendi. Mesane kapasitesi yaklaşık 350 mL olarak değerlendirildi. Voiding sistoüretrografide vezikoüreteral reflü saptanmadı. Mevcut anatomik yapı nedeniyle hastaya Kropp üretral uzatma prosedürü uygulanmasına karar verildi. Mesane ön duvarından proksimal üretra ile devamlılığı korunacak şekilde vaskülarize bir flep hazırlandı (Figür 1A). Hazırlanan flep üretral kateter üzerinde tübülarize edilerek neouretra oluşturuldu (Figür 1B). Daha sonra trigon düzeyinde üreter orifisleri arasından geniş bir submukozal tünel hazırlanarak neouretra bu tünelden geçirildi ve trigon tabanına tespit edildi (Figür 1C). Son aşamada mesane boynu lateral duvarları neouretrayı destekleyecek şekilde kapatılarak yeterli intravezikal uzunlukta basınca duyarlı valv mekanizması oluşturuldu. Sistostomi yerleştirilerek mesane kapatıldı.

BULGULAR

Üreter kateterleri postoperatif ikinci günde, sistostomi üçüncü günde, dren dördüncü günde çekildi. Üretral kateter dört hafta süreyle tutuldu ve son on günlük süreçte progresif mesane egzersizleri uygulandı. Beşinci ay kontrolünde antikolinerjik tedavi altında hastanın kuru kalma süresi yaklaşık 2 saat 15 dakikaya ulaştı, günlük ped kullanımı 9–10'dan 1–2'ye geriledi ve hasta yaşam kalitesinde belirgin iyileşme tarifledi. Postoperatif altıncı ayda gelişen mesane taşı endoskopik sistolitotripsi ile başarıyla tedavi edildi (Figür 2). İzlem süresince üriner sistem enfeksiyonu gelişmedi.

SONUÇ

Kropp üretral uzatma prosedürü, çocukluk çağında mesane ekstrofisi nedeniyle rekonstrüksiyon geçirmiş seçilmiş transition hastalarında mesane boynu yetmezliğinin tedavisinde uygulanabilir bir rekonstrüktif seçenek olabilir. Bu olgu, prosedürün kritik cerrahi basamaklarını ve erişkin dönemde sağladığı anlamlı fonksiyonel kazanımları ortaya koyarken, orta dönem takipte mesane taşı gelişiminin olası bir komplikasyon olarak akılda tutulması gerektiğini göstermektedir.



SB-183) AŞIRI AKTİF MESANELİ ANNELERİN ÇOCUKLARINDA İŞEME DİSFONKSİYONUNUN BİYOBELİRTEÇLERİ OLARAK ÜRİNER NGF VE BDNF DÜZEYLERİ

İLKER AKARKEN(1) HÜSEYİN TARHAN(1) ERCAN SARUHAN(1) EREN CAN AYDIN(1) BERİCAN ŞAHİN UYAR(1) KEMAL GÜNGÖRDÜK(1) HAYRETTİN ŞAHİN(1)

1. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Aşırı aktif mesane (AAM), yaşam kalitesini belirgin düzeyde etkileyen yaygın bir alt üriner sistem disfonksiyonudur. Son yıllarda sinir büyüme faktörü (NGF) ve beyin kaynaklı nörotrofik faktörün (BDNF), AAM patofizyolojisinde rol oynayan potansiyel biyobelirteçler olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada, maternal AAM ile çocuklardaki işeme disfonksiyonu (İD) arasındaki ilişkinin araştırılması ve üriner NGF ile BDNF düzeylerinin çocuklarda İD'nin erken tanısındaki potansiyel rolünün değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu prospektif kesitsel çalışmaya toplam 196 katılımcı dahil edildi. Çalışma grupları; AAM'li anneler (n=39), İD bulunan çocukları (n=36), İD bulunmayan çocukları (n=41), sağlıklı anneler (n=40) ve sağlıklı annelerin çocuklarından (n=40) oluşturuldu. Maternal AAM tanısı OAB-V8 sorgulama formu ile konulurken, çocuklardaki işeme disfonksiyonu Dysfunctional Voiding Symptom Score (DVSS) kullanılarak değerlendirildi. Tüm katılımcılardan alınan sabah idrar örneklerinde NGF ve BDNF düzeyleri ELISA yöntemi ile ölçüldü. Biyobelirteçlerin tanısal performansı ROC eğri analizi ile değerlendirildi.

BULGULAR

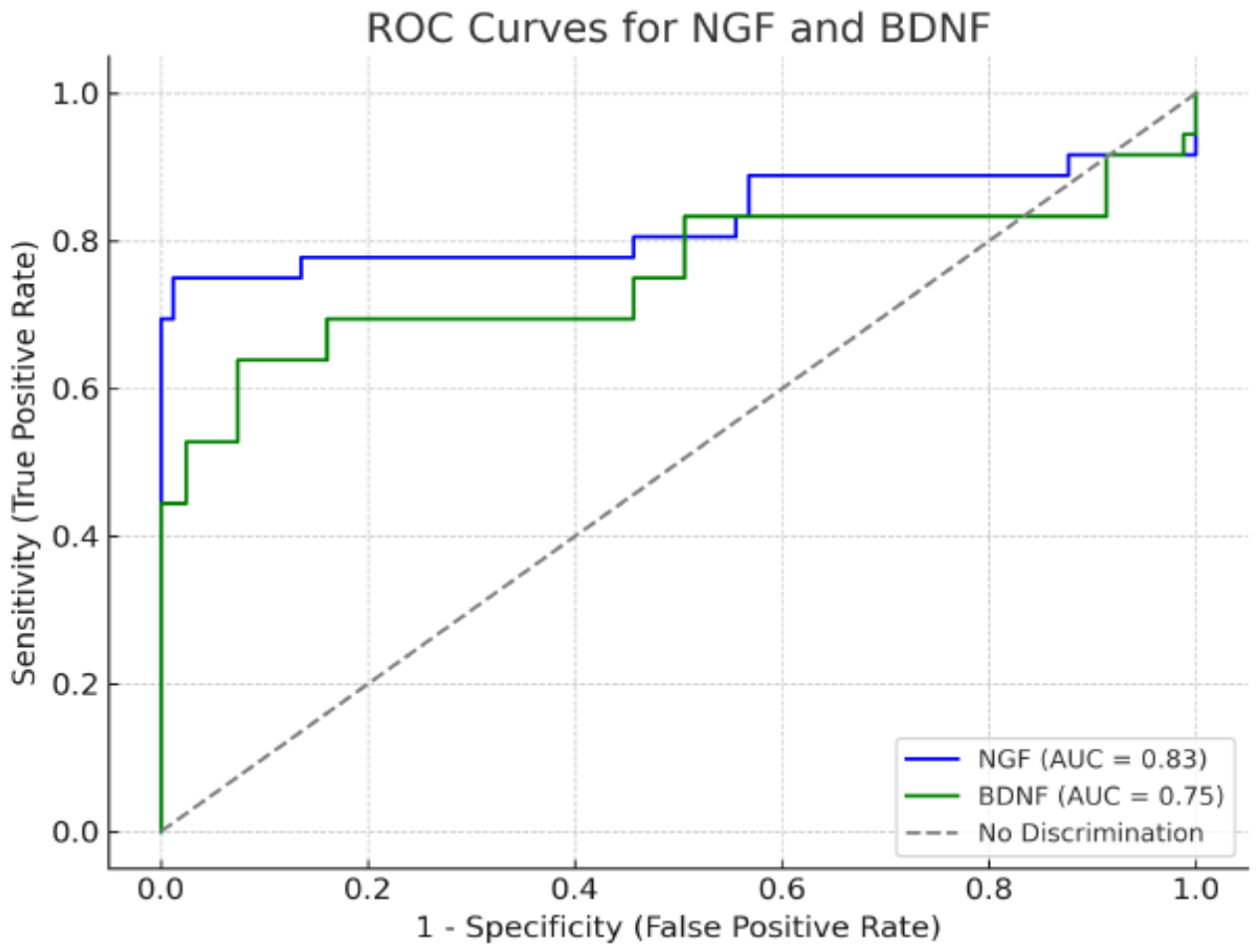
AAM'li annelerde üriner NGF ve BDNF düzeyleri sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede yüksek bulundu (sırasıyla 412.23±68.40'a karşı 318.35±69.95 pg/ml ve 3.79±0.78'e karşı 2.84±1.07 ng/ml; her ikisi için $p<0.001$). İD bulunan AAM annesi çocuklarında DVSS skorları ile birlikte NGF ve BDNF düzeyleri; hem İD bulunmayan AAM annesi çocuklarına hem de sağlıklı çocuklara göre anlamlı derecede yüksekti (tüm karşılaştırmalar için $p<0.001$). Bu grupta ortalama NGF düzeyi 311.16±134.21 pg/ml, ortalama BDNF düzeyi ise 3.27±1.22 ng/ml olarak saptandı. ROC analizinde NGF'nin güçlü tanısal performans gösterdiği izlendi (AUC=0.828; %95 CI: 0.71–0.93). Optimal kesim değeri 267.7 pg/ml olup %75 duyarlılık ve %99 özgüllük sağladı. BDNF için AUC değeri 0.754 (%95 CI: 0.62–0.86) olarak bulundu. 3.06 ng/ml kesim değerinde %64 duyarlılık ve %93 özgüllük elde edildi.

SONUÇ

Üriner NGF ve BDNF düzeyleri, AAM'li annelerde ve işeme disfonksiyonu bulunan çocuklarında anlamlı derecede yüksek saptandı. NGF'nin çocukluk çağı işeme disfonksiyonunun belirlenmesinde yüksek tanısal doğruluk gösterdiği, BDNF'nin ise tamamlayıcı biyobelirteç olarak katkı sağlayabileceği düşünüldü.Bu bulgular, alt üriner sistem disfonksiyonlarının kuşaklar arası aktarımında nörotrofin ilişkili mekanizmaların rol oynayabileceğini desteklemektedir. Ancak biyobelirteçlerin rutin klinik kullanımına geçilebilmesi için daha geniş örneklemli, çok merkezli ve longitudinal çalışmalara ihtiyaç vardır.

DEĞİŞKENLER	Sağlıklı annelerin sağlıklı çocukları (Ortalama ± SS)	AAM'li annelerin işeme disfonksiyonu bulunan çocukları (Ortalama ± SS)	AAM'li annelerin sağlıklı çocukları (Ortalama ± SS)	p değeri
YAŞ	10.90±2.47	10.44±3.95	10.61±2.64	0.809
DVSS SKORU	0.97±1.29	18.22±10.59	0.73±1.23	<0.001
NGF (pg/ml)	162.45±50.08	311.16±134.21	173.69±44.28	<0.001
BDNF (ng/ml)	2.22±0.69	3.27±1.22	2.55±0.52	<0.001

Çocuk gruplarında yaş, Dysfunctional Voiding Symptom Score (DVSS), sinir büyüme faktörü (NGF) ve beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF) düzeylerinin karşılaştırılması



SB-184) PERSİSTAN MÜLLERİAN DUKTUS SENDROMUNDA GELİŞEN DEV PELVİK MİKS GERM HÜCRELİ TÜMÖR: NADİR BİR OLGU

FURKAN KUZUCU(1) ELİF ALTINAY KIRLI(1) MEHMET HAMZA GULTEKİN(1) MUHAMMED FATİH ŞİMŞEKOĞLU(1) BARADAR KARİMLİ(1) İCLAL GURSES(1) BULENT ÖNAL(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Persistan Müllerian Duktus Sendromu (PMDS), 46,XY bireylerde Müllerian yapıların persiste ettiği nadir bir cinsel gelişim bozukluğudur. PMDS'ye eşlik eden testiküler maligniteler çoğunlukla kriptorşidizm zemininde gelişmekte olup, en sık seminom histolojisi bildirilmektedir. Miks germ hücreli tümör ile prezente olan olgular ise son derece nadirdir. Bu bildiride, dev pelvik miks germ hücreli tümör nedeniyle neoadjuvan kemoterapi ve cerrahi tedavi uygulanan, intraoperatif olarak PMDS tanısı konulan nadir bir olgunun sunulması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Cerrahi sırasında pelviste yerleşimli testis dokusu ile birlikte uterus, fallop tüpleri, serviks ve vajen güdüğü ile uyumlu Müllerian yapılar saptandı. Dev kitlenin oluşturduğu belirgin anatomik distorsiyon nedeniyle dikkatli diseksiyon yapılarak tüm yapı en-blok eksize edildi. Patolojik incelemede sağ testiste tedaviye bağlı yaygın regresyon zemininde yalnızca canlı teratom komponenti saptandı. Uterus ve diğer Müllerian yapılar histopatolojik olarak doğrulandı, over dokusu izlenmedi. Karyotip analizi 46,XY olarak raporlandı ve PMDS tanısı doğrulandı. Kemoterapi sonrası serum AFP 7,18 ng/mL, ß-hCG 0,5 mIU/mL ve LDH 187 U/L olarak ölçüldü.

BULGULAR

Cerrahi sırasında pelviste yerleşimli testis dokusu ile birlikte uterus, fallop tüpleri, serviks ve vajen güdüğü ile uyumlu Müllerian yapılar saptandı. Dev kitlenin oluşturduğu belirgin anatomik distorsiyon nedeniyle dikkatli diseksiyon yapılarak tüm yapı en-blok eksize edildi. Patolojik incelemede sağ testiste tedaviye bağlı yaygın regresyon zemininde yalnızca canlı teratom komponenti saptandı. Uterus ve diğer Müllerian yapılar histopatolojik olarak doğrulandı, over dokusu izlenmedi. Karyotip analizi 46,XY olarak raporlandı ve PMDS tanısı doğrulandı. Kemoterapi sonrası serum AFP 7,18 ng/mL, ß-hCG 0,5 mIU/mL ve LDH 187 U/L olarak ölçüldü.

SONUÇ

Bilateral nonpalpabl testis ve pelvik/retroperitoneal kitle ile başvuran genç erkeklerde PMDS ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. PMDS'de maligniteler çoğunlukla seminom histolojisinde görülürken, dev pelvik miks germ hücreli tümör ile prezente olan olgular oldukça nadirdir. Bu olgu, neoadjuvan kemoterapi sonrası rezidüel kitlenin cerrahi rezeksiyonu sırasında PMDS'nin tanınması, Müllerian yapıların en-blok eksizyonu ve tanının histopatolojik ile sitogenetik olarak doğrulanması açısından literatüre katkı sağlayan nadir bir örnektir.



SB-185) TEK TARAFLI KÜÇÜK BÖBREĞİ OLAN HASTALARDA VEZİKOÜRETERAL REFLÜ PREVALANSI

SEYFETTİN ÖRGEN(1) MUHAMMED ALİ ÇİÇEK(1) HAKAN YARKA(1)

1. DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Tek taraflı küçük böbreği olan hastalarda vezikoüreteral reflünün (VUR) prevalansını ve özelliklerini belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif çalışmaya, Ocak 2010 ile Nisan 2021 tarihleri arasında hem dimerkaptosüksinik asit (DMSA) sintigrafisi hem de işeme sistoüretrografisi (VCUG) yapılan tek taraflı küçük böbreğe sahip 52 hasta dahil edildi. Hidronefroz, işeme disfonksiyonu veya nörolojik bozukluğu bulunan hastalar çalışma dışı bırakıldı. VUR derecelendirmesi, International Reflux Study Committee sınıflamasına göre yapıldı.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 14,9±8,5 yıl olup, %71,2'si kadındı. Otuz hastada (%57,7) VUR saptandı. Bunların 13'ünde Grade I, 8'inde Grade II ve 9'unda Grade III reflü mevcuttu. Grade IV veya Grade V reflüye rastlanmadı. Hastaların %17,3'ünde bilateral reflü saptandı. Ortalama DMSA alım oranı %33,6±7,5 olup, VUR derecesi arttıkça anlamlı olarak azaldığı görüldü ($p<0,001$). İdrar yolu enfeksiyonu veya hipertansiyon ile başvuran hastalarda DMSA alım oranı, nonspesifik semptomlarla başvuran hastalara göre anlamlı derecede daha düşüktü ($p<0,001$).

SONUÇ

Tek taraflı küçük böbreği olan hastalarda VUR sık görülmekle birlikte, tamamı düşük ve orta dereceli reflüden oluşmaktaydı. Bu nedenle tüm hastalarda rutin VCUG uygulanması gerekli olmayabilir. Klinik bulgular ve DMSA ile değerlendirilen renal fonksiyon temelinde seçici bir yaklaşımın daha uygun olacağı düşünülmektedir.

SB-186) ÇOCUKLARDA ROBOT YARDIMLI VE KONVANSİYONEL LAPAROSKOPİK PİYELOPLASTİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

ELİF ALTINAY KIRLI(1) FEYYAZ IRMAK(1) BATUHAN KAR(1) BURAK ELMAS(2) EDA TOKAT ŞAHİN(2) MUSTAFA OZGUR TAN(2) SERHAT GUROCAK(2) BULENT ONAL(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Çalışmanın amacı çocuklarda robot yardımlı (RALP) ve konvansiyonel laparoskopik piyeloplastinin (LSP) etkinliğinin karşılaştırılmasıdır.

GEREÇ-YÖNTEM

2018-2026 yılları arasında minimal invaziv cerrahi yöntemler ile ameliyat edilen 103 çocuğun dosya bilgileri retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların 55'ine RALP, 48'ine ise LPS uygulandı. Gruplar yaş (p=0,910) ve ameliyat edilen taraf (p=0,719) açısından benzerdi. Robot yardımlı laparoskopik piyeloplasti kız hastalarda daha sık tercih edilirken (p=0,036), cerrahi yöntem seçiminde aile tercihi de anlamlı düzeyde etkili bulundu (p=0,033). Cerrahi başarı (p=0,076), rutin dışı hastane başvurusu (p=0,101) ve komplikasyon oranları (p=1,000) açısından iki yöntem arasında anlamlı fark saptanmadı. Benzer şekilde, radyolojik takipte hidronefrozdaki gerileme (p=0,856) ve renal parankim kalınlığındaki iyileşme (p=0,821) her iki grupta benzer bulundu.Toplam ameliyat süresi laparoskopik cerrahi grubunda daha kısa olmasına rağmen (p=0,043), cerrahi süresi robot yardımlı grupta anlamlı olarak daha kısaydı (p=0,025). Ayrıca robot yardımlı cerrahi uygulanan hastalarda postoperatif analjezik kullanım süresi (p=0,007) ve hastanede yatış süresi (p=0,001) anlamlı olarak daha kısa bulundu.

SONUÇ

İki yöntem de çocuk hastalarda benzer cerrahi başarı, komplikasyon oranları ve radyolojik iyileşme sağlamaktadır. RALS, daha kısa cerrahi süre, daha az postoperatif analjezik gereksinimi ve daha kısa hastanede yatış süresi ile hasta iyileşmesini destekleyen önemli avantajlar sunmaktadır.

SB-187) PREPUSİYUM DOKUSUNDA YAŞA BAĞLI ÖSTROJEN VE ANDROJEN RESEPTÖR EKSPRESYONU DEĞİŞİKLİKLERİ: SAĞLIKLI ÇOCUKLAR VE HİPOSPADİASLI HASTALAR ARASINDA KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA

TOLGA AÇIKAL(1) ERİM ERDEM(2) BANU COŞKUN YILMAZ(2)

1. MUT DEVLET HASTANESİ
2. mersin üniversitesi tıp fakültesi

AMAÇ
Cinsiyet hormonu reseptörleri penil gelişim için kritik öneme sahiptir. Bu çalışmada, postnatal prepisyum dokusunda androjen reseptörü (AR) ve östrojen reseptörü (ER) ekspresyonundaki yaşa bağlı değişiklikler değerlendirilmiş ve sağlıklı kontroller hipospadiaslı hastalarla karşılaştırılmıştır.

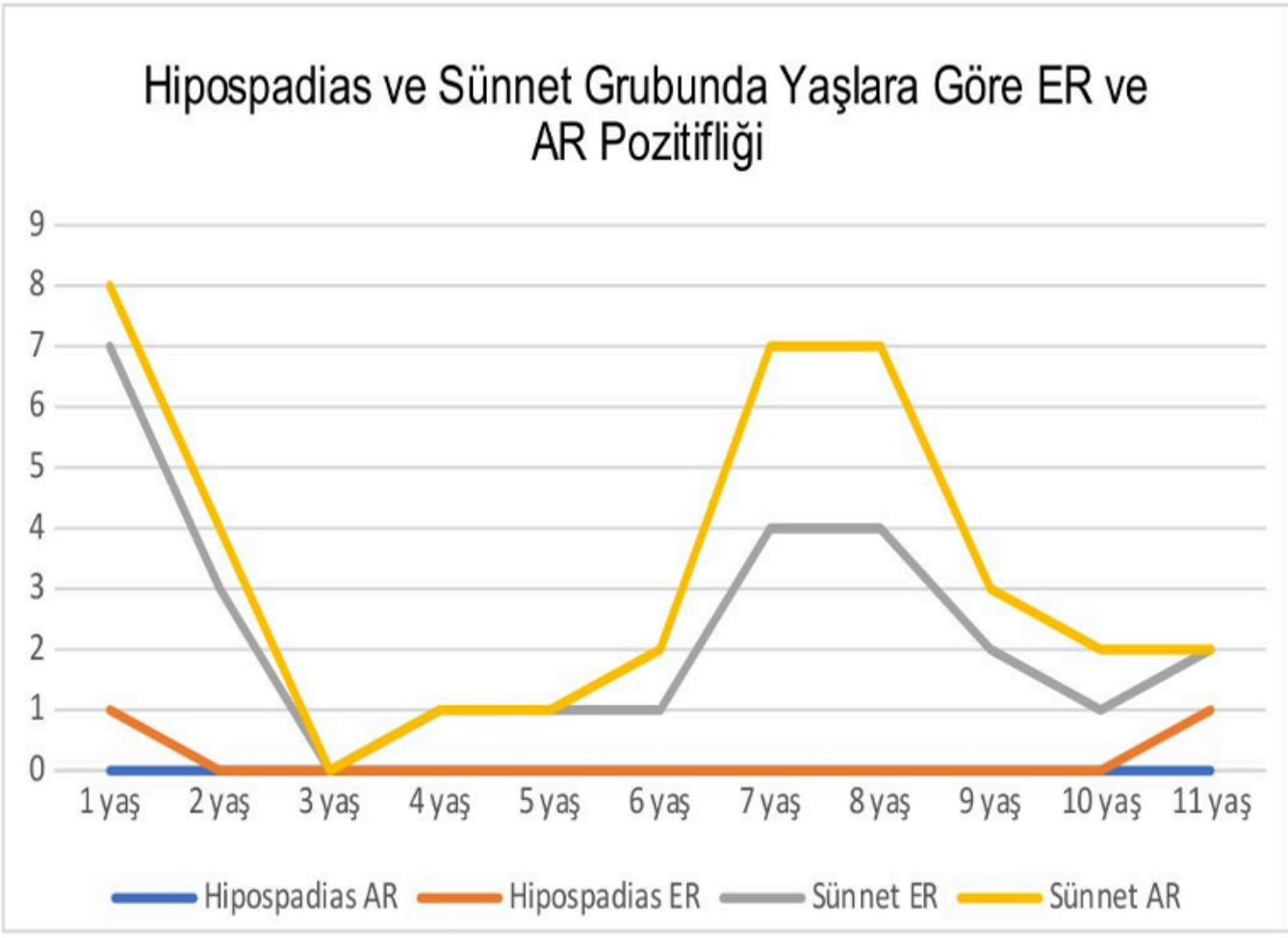
GEREÇ-YÖNTEM
2023–2025 yılları arasında sünnet uygulanan 80 erkek çocuğu ile hipospadias onarımı yapılan 30 erkek çocuğundan elde edilen prepisyum dokuları analiz edildi. Hastalar yaşa göre (<6 yaş ve ?6 yaş) gruplandırıldı. AR ve ER ekspresyonu epitel, stroma ve düz kas dokusunda yarı kantitatif olarak değerlendirildi.

BULGULAR
Sağlıklı kontrol grubunda ER ekspresyonu yaşla birlikte arttı (epitelde p=0,27). Stromal ve düz kas ER pozitifliği, hipospadias grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşüktü (sırasıyla p=0,02 ve p=0,007). Sağlıklı çocuklarda AR ekspresyonu, 6 yaş sonrasında epitelde anlamlı bir artış gösterdi (p=0,03). Hipospadias kohortumuzda ise AR immünreaktivitesi saptanmadı.

SONUÇ
Prepisyum maturasyonu yaşa bağımlıdır ve sağlıklı çocuklarda 6 yaş sonrasında reseptör ekspresyonunda artış gözlenmektedir. Hipospadias dokusunda saptanan reseptör eksiklikleri, lokalize maturasyon bozukluğunu düşündürebilir. Bu durum, rekonstrüktif cerrahinin zamanlamasını ve yardımcı hormonal tedavi seçeneklerinin belirlenmesini etkileyebilir.

-	hipospadias<6	hipospadias>6	sirkümsizyon <6	sirkümsizyon> 6	P değeri
ER-epitel negatif	13	14	31	29	0,27
ER-epitel pozitif	1	2	8	12	''
ER-Bağ doku negatif	13	15	31	28	0,09
ER-Bağ doku pozitif	1	1	8	13	''
ER-Kas doku negatif	14	15	30	29	0,06
ER-Kas doku pozitif	0	1	9	12	''
AR-epitel negatif	14	16	38	34	0,03
AR-epitel pozitif	0	0	1	7	''
AR-Bağ doku negatif	14	16	37	34	0,06
AR-Bağ doku pozitif	0	0	2	7	''
AR-Kas doku negatif	14	16	37	34	0,06
AR-Kas doku pozitif	0	0	2	7	''

Gruplar ile Östrojen ve Androjen Durumu Arasında ılişki Değerlendirilmesi



Şekil 1. Hipospadias ve Sünnet Grubunda Yaşlara Göre ER ve AR Pozitifliği

SB-188) PREPUBERTAL DÖNEMDE VAJİNAL KİSTİK LEZYONU TAKLİT EDEN OHVIRA SENDROMU: NADİR BİR OLGU SUNUMU

MÜCAHİT KART(1) BARAN ARSLAN(1) YİĞİT DEMİR(2)

1. ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. ERMENEK DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Obstrükte hemivajina ve ipsilateral renal anomali (OHVIRA) sendromu; uterus didelfis, obstrükte hemivajina ve ipsilateral renal agenezi ile karakterize nadir bir Müllerian kanal anomalisidir. Olgular tipik olarak menarş sonrasında siklik pelvik ağrı ve hematokolpos ile tanı alır; prepubertal sunum nadir olup periüretral kist gibi ürolojik patolojileri taklit ederek tanısal güçlüğe yol açabilir. Bu bildiride, periüretral lezyon ön tanısıyla yönlendirilen ve tanıya ulaşmada ileri görüntüleme ile aspirasyon sıvısı biyokimyasının belirleyici olduğu prepubertal bir OHVIRA olgusunu sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ailesi tarafından fark edilen vajinal kitle nedeniyle kliniğimize yönlendirilen, aralıklı dizüri tarifleyen 7 yaşında prepubertal kız hasta değerlendirildi. Hastaya fizik muayene, üroflowmetri, abdominopelvik ultrasonografi ve pelvik manyetik rezonans görüntüleme (MRG) uygulandı. Genel anestezi altında sistoskopi ve vajinoskopi ile ileri genitoüriner değerlendirme yapıldı; kistik lezyondan aspirasyon örneği alınarak biyokimyasal analiz (kreatinin) çalışıldı, lezyon fenestre edilerek biyopsi ile histopatolojik inceleme gerçekleştirildi.

BULGULAR

Muayenede introitustan protrüde olan, yaklaşık 2 × 1,5 cm boyutunda gergin kistik lezyon izlendi. Üroflowmetride mesane çıkım obstrüksiyonu bulgusu yoktu (Qmax 27 mL/s, işenen hacim 220 mL). Ultrasonografide sağ renal agenezi ve sol böbrekte kompansatuar hipertrofi saptandı. Pelvik MRG sağ renal ageneziyi doğruladı ve obstrükte hemivajinayı düşündüren sıvı dolu pelvik yapıyı gösterdi. Sistoskopide sol üreter orifisi normal izlenirken sağ üreter orifisi görülmedi; ektopik orifis saptanmadı. Vajinoskopide vajinal kanaldaki kistik lezyondan yapılan aspirasyonda yaklaşık 10 mL sarı renkli sıvı elde edildi; sıvıda belirgin yüksek kreatinin düzeyi (54 mg/dL) saptanarak üriner köken doğrulandı. Fenestrasyon sonrası vajinal mukoza görünümünde, proksimale uzanan dublike tübüler yapı (dublike vajinal lümen) izlendi. Histopatoloji, kronik aktif inflamasyon içeren benign kist ile uyumluydu.

SONUÇ

Obstrükte, idrar içeren hemivajina ve ipsilateral renal agenezi bulguları OHVIRA sendromu varyantı tanısını destekledi. OHVIRA sendromu prepubertal dönemde atipik ürolojik bulgularla ortaya çıkabilir ve periüretral patolojiyi taklit edebilir. Bu olguda MRG tanı doğrulamasında merkezi rol oynamış, aspirasyon sıvısının kreatinin analizi ise üriner kökeni ortaya koyarak ayırıcı tanıda belirleyici olmuştur; endoskopik değerlendirme ektopik üreter insersiyonunu dışlamak açısından esastır. Erken tanı, enfeksiyon ve uzun dönem üreme sekellerinin önlenmesi bakımından önemlidir. Renal anomali eşlik ettiğinde, çocuklarda vajinal veya periüretral kitlelerin ayırıcı tanısında OHVIRA sendromu akılda tutulmalıdır.

SB-189) EREKTİL DİSFONKSİYON İLE ELEKTROKARDİYOGRAFİK REPOLARİZASYON PARAMETRELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

AHMET CAN KOLU(1) ALMİNA ERDEM(2) CEMAL DERMAN(1) VEDAT ÇİÇEK(3) SERKAN AKAN(1)

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
2. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan II Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul
3. Sağlık Bakanlığı Tatvan Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, Bitlis

AMAÇ

Erektil disfonksiyon (ED), sistemik vasküler bozulma ve kardiyovasküler hastalıklarla ortak patofizyolojik mekanizmalara sahiptir. Bu mekanizmalar yüzey EKG'de repolarizasyon parametrelerini etkileyebilir. Bu çalışmada ED varlığı ve şiddeti ile Tp-e intervali, Tp-e/QT ve Tp-e/QTc oranları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Tek merkezli gözlemsel çalışmada, üroloji polikliniğinde değerlendirilen ve ED gruplaması ile 12 derivasyonlu EKG kaydı bulunan erkek hastalar incelendi. Yaş açısından eşleştirilmiş 75 ED hastası ile 45 sağlıklı birey karşılaştırıldı. ED şiddeti Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi (IIEF) kullanılarak değerlendirildi ve hafif, orta ve ağır ED olarak sınıflandırıldı.
Bilinen koroner arter hastalığı, kalp pili, dal bloğu veya EKG yorumunu engelleyen ileti bozukluğu, ciddi kalp yetersizliği, belirgin renal/hepatik/pulmoner organ yetersizliği, malignite, QT aralığını veya erektil fonksiyonu etkileyebilecek ilaç kullanımı olan hastalar dışlandı. Ayrıca nörolojik hastalık, pelvik cerrahi/radyoterapi öyküsü veya vasküler dışı ED nedenleri bulunan olgular çalışma dışında bırakıldı.
EKG kayıtlarından T peak zamanı, Tp-e intervali, T dalga süresi, QT, QTc, QRS süresi, Tp-e/QT ve Tp-e/QTc oranları değerlendirildi. Tp-e intervali T dalgasının tepe noktası ile sonu arasındaki süre olarak kabul edildi ve Tp-e/QTc oranı mevcut Tp-e ve QTc değerleri üzerinden hesaplandı. Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda değişkenin dağılımına göre Mann-Whitney U testi, ki-kare testi veya Fisher exact testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

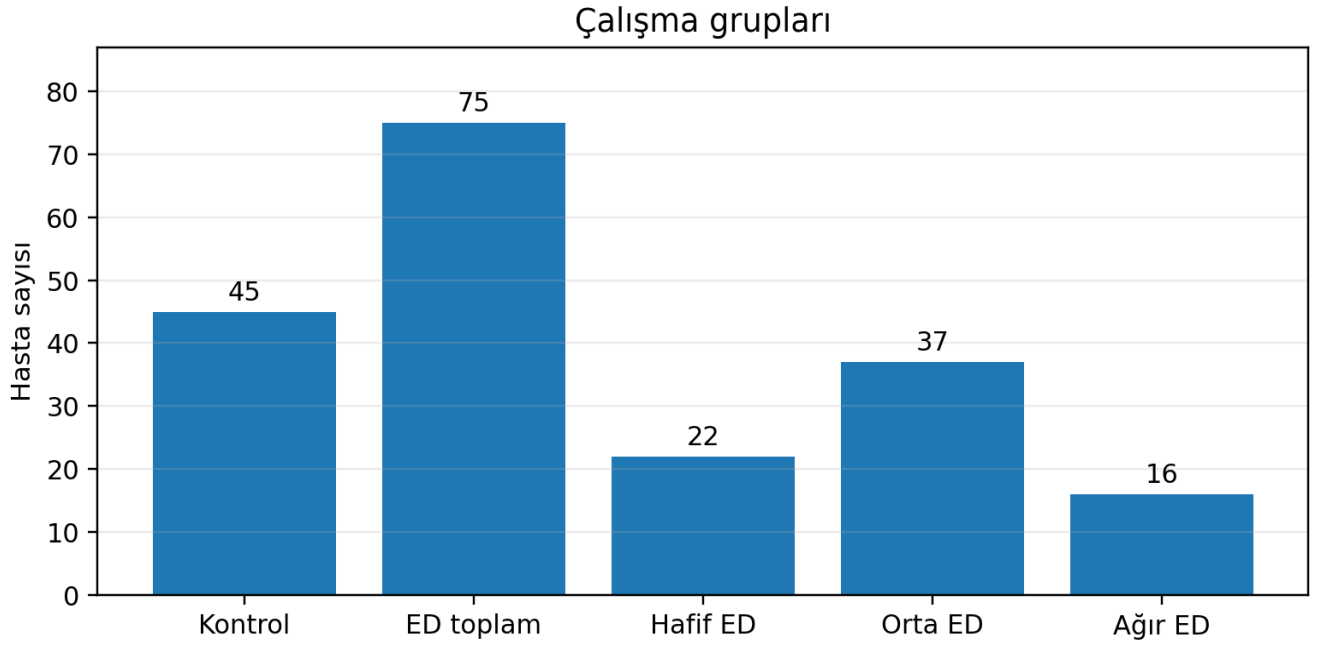
Çalışmada 45 kontrol olgusu ve 75 ED hastası değerlendirildi. ED grubunda 22 hasta hafif, 37 hasta orta ve 16 hasta ağır ED grubunda yer aldı. Yaş, vücut kitle indeksi (VKİ) ve komorbiditeler açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi.
Elektrokardiyografik değerlendirmede Tp-e intervali, Tp-e/QT oranı ve Tp-e/QTc oranı açısından ED ve kontrol grupları arasında anlamlı fark saptanmadı. QT süresi kontrol grubunda daha yüksek izlendi. Kardiyak elektrofizyolojik denge indeksi (ICEB) değerinde sınırda anlamlı farklılık gözlense de QRS, QTc ve PTFV1 parametreleri açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi.

SONUÇ

Yaş açısından benzer ED ve kontrol grupları karşılaştırıldığında, ED ile temel ventriküler repolarizasyon belirteçleri olan Tp-e intervali, Tp-e/QT ve Tp-e/QTc oranları arasında belirgin bir ilişki saptanmadı. ED'nin ortak vasküler ve inflamatuar mekanizmalar üzerinden kardiyovasküler riskle ilişkili olabileceği bilinmekle birlikte [1,2], bu çalışmada yüzey EKG parametrelerinin ED varlığını tek başına yansıtmada sınırlı kaldığı görüldü. Daha geniş örneklemli, prospektif ve kardiyometabolik risk faktörleri açısından dengeli çalışmalarla bu ilişkinin yeniden değerlendirilmesi uygun olacaktır.

EKG parametresi	Kontrol (n=45)	ED (n=75)	p
T peak zamanı, ms	114,7±145,2	84,3±20,2	0,132
Tp-e interval, ms	77,6±19,1	74,5±32,0	0,180
T dalga süresi, ms	170,0±37,6	158,9±40,0	0,062
QT, ms	363,9±30,0	355,0±61,5	0,029
QTc, ms	407,0±40,9	397,4±45,2	0,247
QRS, ms	96,2±12,9	89,8±27,8	0,255
Tp-e/QT oranı	0,212±0,046	0,207±0,053	0,386
Tp-e/QTc oranı	0,191±0,046	0,187±0,078	0,213
ICEB	3,750±0,592	4,153±1,060	0,161
PTFV1	3,476±2,522	4,232±3,419	0,462

Elektrokardiyografik parametrelerin karşılaştırılması



SB-191) ÜRETRAL TÜMÖRÜ TAKLİT EDEN DİSTAL İNTRAÜRETRAL VERRÜKÖZ LEZYONUN CERRAHİ YÖNETİMİ: OLGU SUNUMU

AYHAN ARSLAN(1) ERDAL BENLİ(1) AHMET YÜCE(1) AKIN AYAZ(1)

1. ORDU ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Genital human papillomavirus (HPV) ilişkili kondilomatöz lezyonlar sık görülmekle birlikte intraüretral yerleşim nadirdir. Üretral yerleşimli verrüköz lezyonlar klinik ve radyolojik olarak üretral veya penil malign lezyonları taklit edebilir; ayrıca tedavi sonrası nüks ve üretral darlık açısından dikkatli takip gerektirir. Bu olguda distal üretradan kaynaklanan çok odaklı verrüköz lezyonun cerrahi yönetimini sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Otuz beş yaşında erkek hasta, penisin uç kısmında siğil benzeri lezyon fark etmesi nedeniyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede üretral meatus inferiorunda, saat 6 hizasında, üretra lümeni ile yakın komşuluk gösteren papiller lezyonlar izlendi. Üretral akıntı tariflemeyen hastanın bilinen ek hastalığı ve geçirilmiş ürolojik cerrahi öyküsü yoktu. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından değerlendirilen hastada ELISA ve sifiliz testleri negatifti; üreoplazma ve gardnerella pozitifliği nedeniyle medikal tedavi düzenlendi. Kontrastlı pelvis MRG'de glans penis düzeyinde yaklaşık 14x9 mm boyutunda heterojen kontrastlanan nodüler lezyon izlendi ve inguinal lenfadenopati saptanmadı. Hastaya spinal anestezi altında distal üretral verrüköz lezyon eksizyonu, üretroskopi ve üretroplasti uygulandı.

BULGULAR

Operasyonda sünnet hattına yakın çepeçevre kesi sonrası distal üretra ventral yüzden yaklaşık 3 cm açıldı. Üretra mukozasında çok odaklı verrüköz lezyonlar izlendi. Lezyonlardan frozen ve kalıcı patolojik inceleme için örnek alındı. Verrüköz lezyonlar koter yardımıyla tamamen eksize edildi. Ardından fleksibl üretroskopi ile mesane boynuna kadar tüm üretra değerlendirildi ve ek verrüköz lezyon izlenmedi. Üretra silikon sonda üzerinden primer olarak onarıldı. İşlem komplikasyonsuz tamamlandı.

SONUÇ

Distal intraüretral verrüköz lezyonlar nadir görülmekle birlikte malign lezyonlarla karışabilmesi nedeniyle dikkatli değerlendirilmelidir. Bu olgularda histopatolojik doğrulama, tüm üretranın endoskopik olarak değerlendirilmesi ve lezyonun tam eksizyonu önemlidir. Cerrahi tedavi sonrası nüks, meatal stenoz ve üretral darlık açısından yakın takip gereklidir. Olgumuz, distal üretra kaynaklı çok odaklı verrüköz lezyonlarda eksizyon, üretroskopik değerlendirme ve eş zamanlı üretral onarımın uygulanabilir bir yaklaşım olduğunu göstermektedir.


A
B
C

SB-192) PENOSKROTAL İNSİZYON İLE ONARILAN PENİL FRAKTÜR VE EŞLİK EDEN KOMPLET ÜRETRAL YARALANMA

KADER ADA DOĞAN(1) CEYHUN ÖZDEMİROĞLU(1) BAHADIR ŞAHİN(1)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Penil fraktür, erekte penisin ani bükülmesi veya künt travması sonucu tunika albugineanın yırtılmasıyla ortaya çıkan nadir ancak acil cerrahi gerektiren bir ürolojik travmadır. En sık cinsel ilişki sırasında görülür ve ani çatlama sesi, hızlı detümesans, ağrı, hematom ve penil deformite ile karakterizedir. Penil fraktür olgularının yaklaşık %10–20'sinde üretral yaralanma eşlik edebileceği bildirilmiştir. Özellikle hematüri, meatal kanama ve miksiyon güçlüğü varlığında üretral hasar düşünülmelidir.

GEREÇ-YÖNTEM

57 yaşında, bilinen ek hastalığı olmayan erkek hasta, coitus sırasında ani çatlama sesi duyması sonrası ereksiyon kaybı, peniste ekimoz, hematüri ve idrar yapamama şikâyeti ile acil servise başvurdu. Penil yüzeyel ultrasonografide penoskrotal bileşke düzeyinde bilateral tunika albuginea defekti saptandı. Hasta acil operasyona alındı. Rijid sistoskopi ile eksternal meadan girildiğinde bulbar üretra düzeyinde komplet üretral defekt izlendi ve proksimal lümen değerlendirilemedi. Bunun üzerine penoskrotal insizyon ile eksplorasyon yapıldı. Cilt ve cilt altı dokularda yaygın hematom alanları izlendi. Penoskrotal bileşkede bilateral korpus kavernozum defekti ve anteriorda komplet bulbar üretral ayrılma saptandı. Tunika albuginea defektleri distal ve proksimal uçlardan 3/0 etibond ile vertikal primer olarak onarıldı. Ardından üretranın her iki ucu 18 Fr silikon sonda üzerinden spatüle edilerek 5/0 vicryl ile uç uca primer anastomoz yapıldı. Buck fasyası 3/0 vicryl ile onarıldı, hemostaz sağlandı ve insizyon anatomik planına uygun olarak kapatıldı.

BULGULAR

Penil fraktüre eşlik eden üretral yaralanma, klinik açıdan önemli bir durumdur ve literatürde yaklaşık %10–20 oranında bildirilmektedir. Meatal kanama, hematüri ve üriner retansiyon gibi bulgular, eşlik eden üretral hasar açısından uyarıcı olmalıdır. Bu olguda hematüri ve işeme yapamama yakınmaları, üretral yaralanma olasılığını güçlendirmiş; sistoskopi ve cerrahi eksplorasyon ile komplet bulbar üretral defekt doğrulanmıştır. Penil fraktürde erken cerrahi yaklaşım; hematomun boşaltılması, tunikal rüptürün onarılması ve gerekli olgularda eş zamanlı üretral rekonstrüksiyonun yapılmasını sağlar. Bu yaklaşım, erektil disfonksiyon, penil kurvatür ve işeme bozukluğu gibi komplikasyonların azaltılmasına katkı sağlar. Penoskrotal insizyon, özellikle korpus kavernozum yaralanmasına eşlik eden üretral rüptür olgularında yeterli ekspojur sunması nedeniyle uygun bir seçenek olarak değerlendirilebilir.

SONUÇ

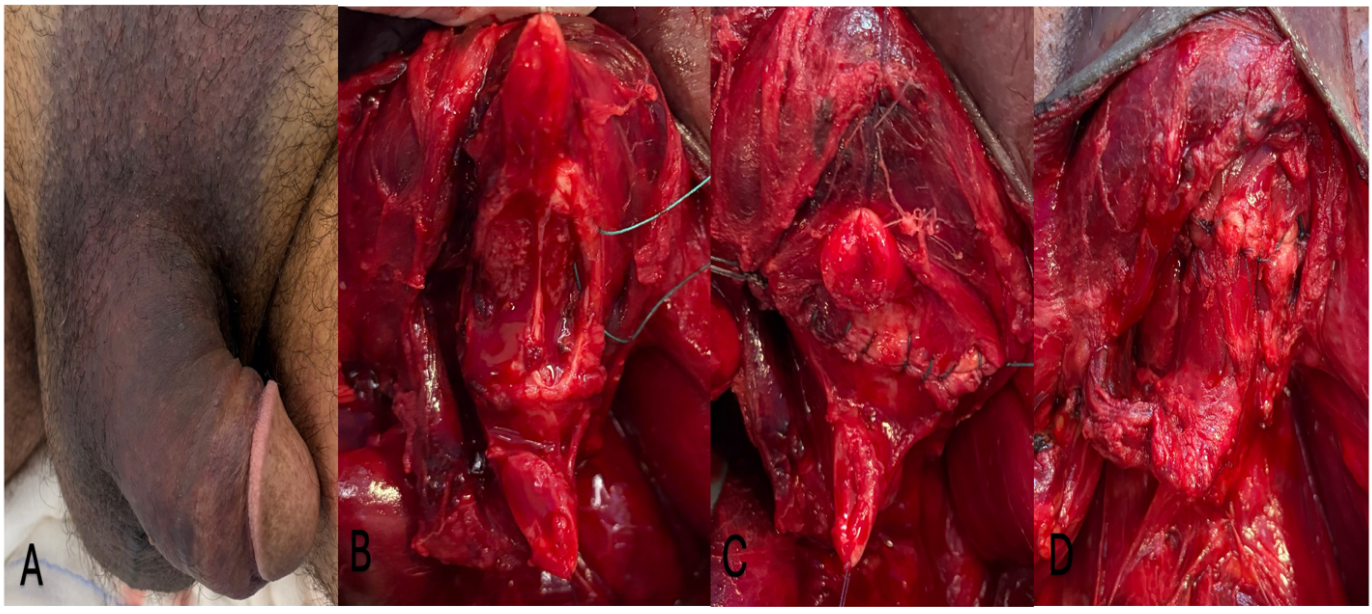
Penil fraktür olgularında hematüri ve işeme güçlüğü varlığında eşlik eden üretral yaralanma mutlaka araştırılmalıdır. Bilateral tunika albuginea defekti ve komplet bulbar üretral yırtıkla seyreden bu olguda erken tanı ve aynı seansta gerçekleştirilen primer cerrahi onarım başarılı bir yaklaşım olmuştur. Erken cerrahi müdahale, anatomik ve fonksiyonel sonuçların korunmasında temel tedavi yöntemidir.

A. Fizik muayenede inspeksiyonda penil ekimoz ve şişlik ile uyumlu patlıcan görünümü.

B. İntraoperatif görünümde penoskrotal bileşke düzeyinde bilateral tunika albuginea defekti ve aynı seviyede komplet bulbar üretral ayrılma izlenmektedir.

C. İntraoperatif görünümde penoskrotal bileşke düzeyinde bilateral korpus kavernozum rüptürüne ait tunika albuginea defektlerinin, karşılıklı vertikal sütürlerle primer olarak onarılmış hali izlenmektedir.

D. Penoskrotal insizyon üzerinden komplet bulbar üretral rüptürün 18 Fr silikon sonda eşliğinde uç uca primer anastomozla rekonstrükte edilmesini takiben intraoperatif görünüm.



SB-194) HORMONAL VE METABOLİK BOZUKLUĞU BULUNMAYAN EREKTİL DİSFONKSİYON HASTALARINDA ATEROJENİK İNDEKSİN EREKTİL DİSFONKSİYON ŞİDDETİ İLE İLİŞKİSİ

AHMET FURKAN ÖZSOY(1) MUAMMER BABAYİĞİT(2) EFE SEMETEY OĞUZ(3) MUSTAFA ALKAN OKTAR(4)

1. BEYŞEHİR DEVLET HASTANESİ
2. UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
3. AKÇAABAT DEVLET HASTANESİ
4. BİTLİS DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Erektil disfonksiyon (ED), yalnızca yaşam kalitesini etkileyen bir cinsel işlev bozukluğu olmayıp, aynı zamanda sistemik endotelyal disfonksiyon ve subklinik aterosklerozun erken klinik göstergelerinden biri. Bu nedenle son yıllarda aterojenik plazma indeksi (AIP), trigliserid/glukoz indeksi (TyG) ve diğer aterojenik lipid indekslerinin ED ile ilişkisi giderek daha fazla araştırılmaktadır. Ancak mevcut çalışmaların önemli bir kısmında hormonal ve metabolik bozukluklar potansiyel karıştırıcı faktör olarak yer almaktadır. Bu çalışmada, eşlik eden hormonal ve metabolik bozukluğu bulunmayan ED hastalarında aterojenik indeksler ile ED şiddeti arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2023-Aralık 2025 tarihleri arasında üroloji polikliniğine ED yakınması ile başvuran hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Yaşa göre referans aralıklarında total testosteron, AKŞ , HbA1c, TFT (TSH, serbest T4), BFT (üre, kreatinin), KCFT (AST, ALT) ve tam kan sayımı normal olan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Peyronie hastalığı, pelvik travma öyküsü, nörolojik hastalık, malignite, psikiyatrik hastalık, erektil fonksiyonu etkileyebilecek ilaç kullanımı ve sekonder ED'ye neden olabilecek hastalığı bulunan olgular çalışma dışı bırakıldı.

Erektil fonksiyon ; IIEF-5 ile değerlendirildi. Hastalar IIEF-5 skorlarına göre hafif (17-21), hafif-orta (12-16), orta (8-11) ve şiddetli (5-7) ED olmak üzere dört gruba ayrıldı. Tüm hastalarda total kolesterol, LDL-kolesterol, HDL-kolesterol ve trigliserid düzeyleri kaydedildi. Ayrıca Aterojenik Plazma İndeksi (AIP), Trigliserid-Glukoz İndeksi (TyG), LDL/HDL oranı, Total Kolesterol/HDL oranı, Non-HDL kolesterol ve aterojenik katsayı hesaplandı.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma veya medyan (çeyrekler arası aralık), kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak sunuldu. Gruplar arasındaki karşılaştırmalarda uygunluğuna göre tek yönlü varyans analizi (ANOVA) veya Kruskal-Wallis testi, kategorik değişkenler için ise Ki-kare testi kullanıldı. ED şiddeti ile aterojenik indeksler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Toplam 88 hasta çalışmaya dahil edildi. Gruplar arasında yaş, VKİ , AKŞ , HbA1c, TFT , BFT , KCFT , hemogram ve total testosteron düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmadı (tüm $p>0,05$).

Total kolesterol, LDL-kolesterol ve trigliserid düzeyleri ED şiddeti arttıkça yükselme, HDL-kolesterol düzeyleri ise azalma eğilimi göstermesine rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlenmedi (tüm $p>0,05$).

Benzer şekilde AIP, TyG indeksi, LDL/HDL oranı, Total Kolesterol/HDL oranı, Non-HDL kolesterol ve aterojenik katsayı değerleri şiddetli ED grubunda daha yüksek olmakla birlikte gruplar arasındaki fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (sırasıyla $p=0,074$; $p=0,056$; $p=0,064$; $p=0,071$; $p=0,118$ ve $p=0,082$).

SONUÇ

Hormonal ve metabolik bozukluğu bulunmayan ED hastalarında aterojenik indeksler ile ED şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. ED şiddeti arttıkça lipid profili ve aterojenik indekste gözlenen kötüleşme eğilimi, aterojenik yükün erektil fonksiyon üzerine negatif etkisi bulunabileceğini düşündürmektedir.

-	Grup 1 Şiddetli ED (5–7 puan)	Grup 2 Orta ED (8–11 puan)	Grup 3 Hafif-Orta ED (12–16 puan)	Grup 4 Hafif ED (17–21 puan)	p
Hasta sayısı	8	20	36	24	-
IIEF-5 skoru	6 (5–7)	10 (8–11)	14 (12–16)	19 (17–21)	<0.001
VKİ (kg/m²)	27.4±2.9	26.9±3.1	26.6±2.8	26.2±2.6	0.533
Yaş (yıl)	52.1±8.6	49.6±9.1	47.8±8.5	45.9±8.2	0.081
Sigara kullanımı (%)	63	55	50	46	0.624
Açlık kan şekeri (mg/dL)	95±7	94±8	93±7	92±8	0.618
HbA1c (%)	5.32±0.22	5.29±0.24	5.27±0.20	5.25±0.19	0.734
TSH (µIU/mL)	1.94±0.78	1.81±0.73	1.76±0.69	1.70±0.62	0.842
Serbest T4 (ng/dL)	1.18±0.15	1.20±0.14	1.22±0.16	1.21±0.15	0.917
Kreatinin (mg/dL)	0.94±0.10	0.92±0.11	0.91±0.10	0.90±0.09	0.651
AST (U/L)	22±6	21±5	20±6	21±5	0.879
ALT (U/L)	24±8	23±7	22±7	22±6	0.801
Total kolesterol (mg/dL)	198±36	192±34	187±32	182±30	0.244
LDL-kolesterol (mg/dL)	124±29	118±28	114±26	109±25	0.192
Trigliserid (mg/dL)	156±46	145±42	132±38	126±35	0.097
HDL-kolesterol (mg/dL)	42±8	44±9	46±8	48±9	0.128
Non-HDL kolesterol (mg/dL)	156±34	148±32	141±30	134±29	0.118
LDL / HDL oranı	2.98±0.82	2.73±0.74	2.51±0.69	2.30±0.61	0.064
Aterojenik Plazma İndeksi (AIP)	0.27±0.20	0.22±0.19	0.18±0.17	0.14±0.16	0.074
Lökosit (×10³/µL)	7.6±1.8	7.4±1.7	7.3±1.6	7.2±1.5	0.884
CRP (mg/L)	2.4±1.0	2.2±0.9	2.1±0.8	2.0±0.7	0.487
Total testosteron (ng/dL)	478±118	492±126	501±121	514±116	0.612

SB-195) NON-OBSTRÜKTİF AZOSPERMİDE MİKRO-TESE BAŞARISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

ABUZER ÖZTÜRK(1) KAAN EMRE YILMAZ(1) İSMAİL EMRE ERGİN(1) AYDEMİR ASDEMİR(1) HÜSEYİN SAYGIN(1) İBRAHİM KARACA(1) HÜSEYİN SOSA(1) SERVET KAYA(1)

1. SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Non-obstrüktif azospermi (NOA), erkek infertilitesinin en ciddi formlarından biri olup bu hastalarda biyolojik çocuk sahibi olabilmenin temel yöntemlerinden biri mikrodiseksiyon testiküler sperm ekstraksiyonudur (mikro-TESE). Bu çalışmada merkezimizde mikro-TESE uygulanan NOA hastalarında sperm elde etme başarısının ve başarıyı etkileyen klinik faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Mart 2016–Temmuz 2025 tarihleri arasında non-obstrüktif azospermi nedeniyle mikro-TESE uygulanan 85 primer infertil erkek hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş, infertilite süresi, serum FSH, LH ve total testosteron düzeyleri, testis hacimleri, infertiliteye yönelik tedavi öyküleri ve histopatolojik bulguları incelendi. Hastalar mikro-TESE sırasında sperm elde edilen ve edilemeyen olgular olarak iki gruba ayrılarak karşılaştırıldı.

BULGULAR

Toplam 85 hastanın 53'ünde (%62,4) mikro-TESE sırasında sperm elde edilirken, 32 hastada (%37,6) sperm elde edilemedi. Yaş, infertilite süresi, serum FSH, LH ve total testosteron düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Buna karşın sağ ve sol testis hacimleri sperm elde edilen grupta anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla $p=0,027$ ve $p<0,001$). Histopatolojik incelemede ortalama Johnsen skoru sperm elde edilen grupta anlamlı derecede yüksekti (6,06±1,73 vs 2,77±1,48; $p<0,001$). Johnsen skorunun 3'ün üzerinde olması sperm elde etme başarısı ile anlamlı şekilde ilişkili bulundu ($p<0,001$).

SONUÇ

Mikro-TESE, non-obstrüktif azospermili hastalarda yüksek sperm elde etme oranları sağlayan etkili bir yöntemdir. Çalışmamızda yaş, infertilite süresi ve hormonal parametreler sperm elde etme başarısını öngörmede anlamlı bulunmazken, testis hacmi ve testis histopatolojisi önemli belirleyiciler olarak saptanmıştır. Bu bulguların doğrulanabilmesi için daha geniş hasta serileriyle yapılacak çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

SB-196) YALANCI VE GERÇEK PENİL FRAKTÜR AYIRICI TANISINDA PREOPERATİF KLİNİK VE KAN PARAMETRELERİNİN ROLÜ: RETROSPEKTİF PİLOT ÇALIŞMA

REHA GİRGİN(1) OSMAN ÖZDEL(1)

1. ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Penil fraktür (PF), erekte peniste künt travmaya bağlı olarak tunika albugineanın rüptürü ile karakterize ürolojik bir acildir. Klinik olarak sıklıkla ani kırılma sesi, ağrı, detümesans ve penil hematom/şişlik ile prezente olur. Ultrasonografi tanıda sık kullanılan bir görüntüleme yöntemi olmakla birlikte, PF şüphesiyle opere edilen bazı hastalarda cerrahi eksplorasyonda tunikal yırtık saptanmayabilir. Bu çalışmada, PF ön tanısıyla opere edilen ve preoperatif ultrasonografide tunikal yırtık şüphesi bulunan hastalarda, cerrahide doğrulanan tunikal yırtığın preoperatif klinik bulgular ve hematolojik parametrelerle öngörülebilirliğinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde 2016-2026 tarihleri arasında PF ön tanısıyla opere edilen ve preoperatif ultrasonografide tunikal yırtık şüphesi bulunan 21 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastalar cerrahi eksplorasyon bulgularına göre tunikal yırtık saptanan (gerçek PF) ve saptanmayan (yalancı PF) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Preoperatif tam kan sayımı parametreleri, platelet mass indeksi (PMI) ve sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII), preoperatif erektil disfonksiyon varlığı, kırılma sebebi ve başvuru bulguları kaydedildi. Başvuru bulguları çoklu yanıt yapısına uygun olarak değerlendirildi; hematom, ağrı, detümesans ve kırılma sesi tipik başvuru bulguları olarak tanımlandı. Sürekli değişkenlerin dağılımı Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Olgu sayısının sınırlı olması nedeniyle sürekli değişkenler medyan (Q1–Q3) olarak sunuldu ve gruplar Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Kategorik değişkenler n (%) olarak sunuldu ve Fisher exact veya Fisher-Freeman-Halton exact test ile karşılaştırıldı.

BULGULAR

Cerrahi eksplorasyon uygulanan hastaların 16 (%76,2)'sında tunikal yırtık saptanırken, 5 (%23,8) hastada tunikal yırtık izlenmedi. Tunikal yırtık saptanan ve saptanmayan hastalar arasında yaş, preoperatif tam kan sayımı parametreleri, PMI ve SII değerleri açısından anlamlı fark saptanmadı. Preoperatif erektil disfonksiyon varlığı ve kırılma sebebi dağılımı da gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi. Başvuru bulguları içinde 20 (%95,2) hastada hematom, 17 (%81,0) hastada ağrı, 12 (%57,1) hastada detümesans ve 9 (%42,9) hastada kırılma sesi mevcuttu. Tekil başvuru bulguları ve üretral/üriner bulgu varlığı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Dört tipik başvuru bulgusunun tamamının birlikte bulunması, yalancı PF hastalarında daha sık izlendi [3/5 (%60,0) vs 1/16 (%6,3), p=0,028].

SONUÇ

Acil şartlarda penil fraktur öntanısı ile değerlendirilen hastaların preoperatif görüntüleme ve kan parametrelerinin ayırıcı tanıda yeterli olmadıkları göz önünde bulundurulduğunda şüpheli vakalarda halihazırda eksplorasyondan ödün verilmemesi gerektiği sonucuna varılmaktadır.

SB-197) PREDİCTİVE VALUE OF HEMATOLOGİC PARAMETERS FOR TESTİCULAR VİABİLİTY İN TESTİCULAR TORSİON

1. ABUZER ÖZTÜRK(1) 2. MUSTAFA AYAN(2) HÜSEYİN SOSA(1) 4. İSMAİL EMRE ERGİN(1) 5. AYDEMİR ASDEMİR(1)

1. CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ
2. SİVAS NUMUNE HASTANESİ

AMAÇ

Testis torsiyonu (TT), organ kaybına yol açabilen ürolojik bir acil durumdur. Bu çalışmada, testis torsiyonu tanısı konulan hastalarda testis kurtarılmasını öngören hematolojik parametreleri ve ilişkili faktörleri araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2015 ile Ocak 2025 arasında kliniğimizde testis torsiyonu nedeniyle testis detorsiyonu ve fiksasyon (n=22) veya orşiektomi (n=26) uygulanan 58 erkeğin klinik verilerini retrospektif olarak analiz ettik. Gruplar yaş, nötrofil-lenfosit oranı (NLR), trombosit-lenfosit oranı (PLR), trombosit sayısı (PLT), ortalama trombosit hacmi (MPV), nötrofil sayısı, lenfosit sayısı, taraf ve semptomların süresi açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR

Orşiektomi grubunda ortalama yaş 27,8±16,2 yıl iken, testis fiksasyonu grubunda 28,6±10,7 yıl olarak bulundu (p=0,163). Semptomların süresi orşiektomi grubunda istatistiksel olarak daha yüksekti (26,8±14,0 vs. 9,2±3,7 (p<0,001)). Nötrofil sayısı orşiektomi grubunda 8,3±3 iken, testis fiksasyonu grubunda 6,2±3,6 olarak bulundu (p=0,008). NLR orşiektomi grubunda 4,7±3,2 iken, testis fiksasyonu grubunda 2,9±2,5 olarak bulundu (p=0,003). WBC orşiektomi grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,028). Çok değişkenli analizde semptomların süresinin orşiektomi için öngörücü olduğu bulundu (p=0,006).

SONUÇ

Bu çalışma, torsiyonun daha uzun sürmesinin testis torsiyonundan sonra orşiektomi için bağımsız risk faktörleri gibi göründüğünü göstermektedir.

Table 1. Patient characteristics, peroperative and hematologic parameters

	Orchiectomy (n:36) mean±Sd / min-max	Orchiopexy (n:22) mean±Sd / min-max	p value
Age (years)	27,8±16,2 / 11-63	28,6±10,7 / 15-59	0,163
Laterality: Right (n/%) Left (n/%)	 14 / 38,9% 22 / 61,1%	 10 / 45,5% 12 / 54,5%	0,784
Symptom duration (h)	26,8±14,0 / 8-58	9,2±3,7 / 4-19	<0.001*
Lymphocyte (10^3 /µL)	2,1±0,8 / 0,69-4,17	2,6±1,0 / 1,3-4,6	0,158
Neutrophil (10^3 /µL)	8,3±3 / 2,9-13,9	6,2±3,6 / 2-16,1	0,008*
PLT (10^3 /µL)	256,9±67,3 / 156-410	255,2±46,2 / 174-338	0,516
NLR	4,7±3,2 / 1,1-16,6	2,9±2,5 / 1-9	0,003*
PLR	135,9±59,8 / 68,1-382,6	112,3±37,9 / 51,3-191,4	0,158
MPV (µm^3)	9,6±1 / 7,7-12	9,5±0,6 / 8,3-10,5	0,489
WBC (10^3 /µL)	11,3±3,1 / 5,4-17,8	9,6±3,7 / 15-59	0,028*

Sd: standart deviation, PLT: platelet count; NLR: neutrophil to lymphocyte ratio; PLR: platelet to lymphocyte ratio; MPV: mean platelet volüme; WBC: white blood cell

*p<0,05

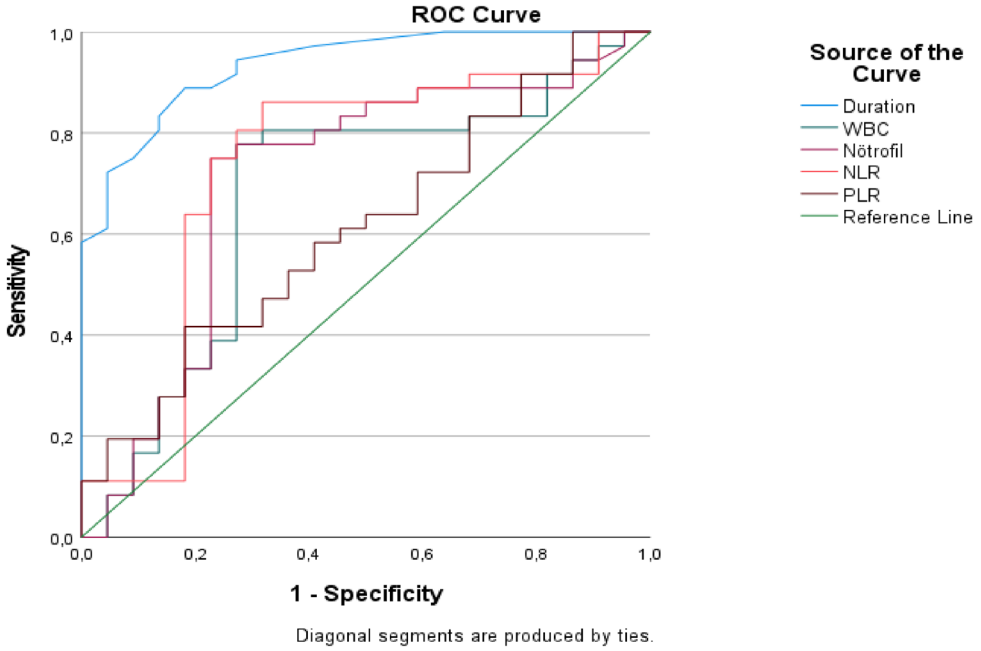


Figure 1. Receiver operating characteristic (ROC) curve for testicular salvage

Table 3. To predict preoperative testicular salvage univariable and multivariable binary logistic regression analysis

Variables	Univariable			Multivariable		
	OR	95% CI	p value	OR	95,0% CI	p value
Symptom duration (h)	1,430	1,174-1,743	0,000*	1,879	1,199-2,944	0,006*
Lymphocyte (10^3 /µL)	0,546	0,286-1,042	0,066			
Neutrophil (10^3 /µL)	1,237	1,024-1,493	0,027*			
PLT (10^3 /µL)	1,000	0,992-1,010	0,915			
NLR	1,314	1,010-1,710	0,042*			
PLR	1,011	0,998-1,025	0,109			
MPV (µm^3)	1,259	0,663-2,391	0,482			
WBC (10^3 /µL)	1,183	0,991-1,413	0,063			

OR: oddsratio; CI: confidence interval; WBC: white blood cell; PLT: platelet; MCV: mean corpuscular volüme; MPV: mean platelet volume; NLR: neutrophil-to-lymphocyte ratio, PLR: platelet-to-lymphocyte ratio

*p<0,05

SB-198) RADYOLOJİK HASTALIK ŞİDDETİ VE ÜRİNER TAŞ HASTALIĞI AMFİZEMATÖZ PİYELONEFRİTTE RENAL KAYBI ÖNGÖRMEKTEDİR

MURAT KARS(1) GÜNAL ÖZGÜR(1) ERSİN GÖKMEN(1) MEHMET UMUT KÜTÜKOĞLU(2) TÜRKER ALTUNTAŞ(3) YILÖREN TANIDIR(2) TARIK EMRE ŞENER(3)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. MEDİCANA HASTANESİ
3. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Amfizematöz piyelonefrit (APN), böbreğin nadir ancak yaşamı tehdit eden enfeksiyonlarından biridir. Hastalık şiddetinin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan Huang-Tseng sınıflamasının renal ünite kaybı (RÜK) ile ilişkisi tam olarak ortaya konulamamıştır. Bu çalışmada Huang-Tseng sınıflamasına göre klinik sonuçların değerlendirilmesi ve RÜK için bağımsız öngörücülerin belirlenmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

2012-2026 yılları arasında APN nedeniyle tedavi edilen hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar Huang-Tseng evresine ve RÜK gelişimine göre karşılaştırıldı. Klinik özellikler, laboratuvar bulguları, uygulanan tedaviler ve klinik sonuçlar analiz edildi. RÜK; nefrektomi uygulanması veya bir yıl içerisinde Tc-99m DMSA sintigrafisinde böbrek fonksiyonunun <%10 olarak saptanması şeklinde tanımlandı. RÜK'ün bağımsız belirleyicilerini ortaya koymak amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi gerçekleştirildi.

BULGULAR

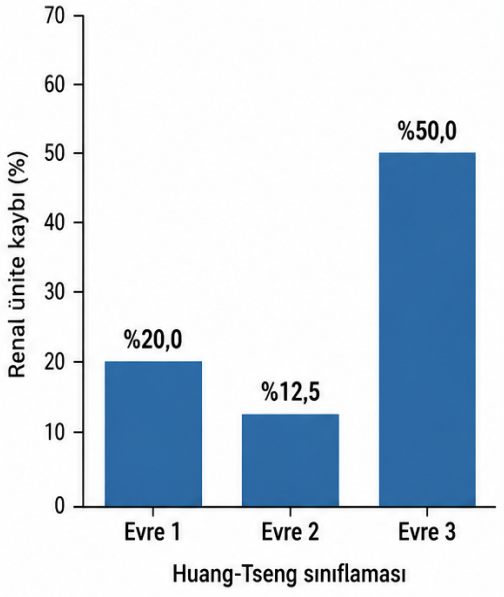
Çalışmaya ortalama yaşı 53,7 yıl olan 70 hasta dahil edildi ve hastaların %52,9'u kadındı. Hastaların %67,1'inde diabetes mellitus, %77,1'inde üriner taş hastalığı ve %88,6'sında pozitif idrar kültürü mevcuttu. Hastane içi mortalite oranı %5,7 olarak bulundu. Huang-Tseng evreleri arasında klinik ve laboratuvar özellikleri büyük ölçüde benzer olmakla birlikte, taşikardi evre 3 hastalarda daha sık izlendi (p=0,034). RÜK 17 hastada (%24,3) gelişti ve evre 1, evre 2 ve evre 3 hastalarda sırasıyla %20,0, %12,5 ve %50,0 oranında görüldü (p=0,058). RÜK gelişen hastalarda üriner taş hastalığı sıklığı gelişmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksekti (%94,1'e karşı %71,7; p=0,049). Çok değişkenli analizde üriner taş hastalığı (OR: 12,96; p=0,035) ve Huang-Tseng sınıflaması (genel p=0,015) RÜK'ün bağımsız öngörücüleri olarak saptandı (Şekil 1).

SONUÇ

Radyolojik hastalık şiddeti ve eşlik eden üriner taş hastalığı, APN hastalarında renal ünite kaybının bağımsız öngörücüleridir. Bu faktörler hastaların risk sınıflandırılmasına katkı sağlayabilir ve tedavi sonrası yakın izlem gerektiren hastaların belirlenmesine yardımcı olabilir.

Şekil 1. Huang-Tseng sınıflaması ile renal ünite kaybı arasındaki ilişki ve renal ünite kaybının bağımsız öngörücüleri

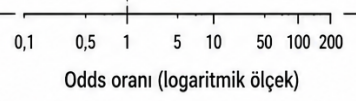
(A) Huang-Tseng evrelerine göre renal ünite kaybı oranları



Evre 1, Evre 2 ve Evre 3 hastalarda renal ünite kaybı sırasıyla %20,0, %12,5 ve %50,0 olarak saptandı (p=0,058).

(B) Renal ünite kaybının bağımsız öngörücüleri (Çok değişkenli lojistik regresyon analizi)

Değişken	OR (%95 GA)	p değeri
Üriner taş hastalığı	12,96 (1,2–139,8)	**0,035**
Huang-Tseng sınıflaması (genel)		**0,015**
Evre 2 / Evre 1	1,87 (0,38–9,36)	0,441
Evre 3 / Evre 2	13,16 (2,08–83,33)	**0,006**
Evre 3 / Evre 1	6,99 (1,38–35,71)	**0,019**
Ortalama arter basıncı	0,97 (0,92–1,023)	0,279
Prokalsitonin	1 (0,99–1,01)	0,899



Forest plotta çok değişkenli lojistik regresyon analizi gösterilmektedir. Üriner taş hastalığı ve ileri Huang-Tseng evresi (özellikle Evre 3), renal ünite kaybı için bağımsız öngörücü olarak saptanmıştır.

OR: Odds oranı, GA: Güven aralığı, CI: Confidence interval

SB-199) BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİ TEDAVİSİNDE HOLEP: TEK MERKEZ DENEYİMLERİMİZ

MUSTAFA YAĞMUR(1) İBRAHİM KARABULUT(1) ABDULLAH TURAN(1) HÜSEYİN KOÇAKGÖL(1) ADEM UTLU(1)

1. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ERZURUM EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Benign prostat hiperplazisi (BPH), yaşlanan erkeklerde alt üriner sistem semptomlarının en önemli nedenlerinden biridir. Transüretral prostat rezeksiyonu (TURP) uzun yıllar standart cerrahi yöntem olarak kabul edilmesine rağmen, özellikle büyük prostatlarda operasyon süresi, kanama ve TUR sendromu riski gibi sınırlılıkları bulunmaktadır. Güncel AUA ve EAU kılavuzlarında holmiyum lazer enükleasyonu (HoLEP), prostat hacminden bağımsız uygulanabilen ve "boyuttan bağımsız altın standart" olarak önerilen minimal invaziv bir cerrahi yöntemdir. Bu çalışmada, yeni kurulan merkezimizde en-bloc teknikle gerçekleştirilen ve ortalama hacimleri 80-120 gram arasında değişen ilk 80 HoLEP olgusunun perioperatif ve erken dönem fonksiyonel sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Etik kurul onayı sonrası, Ocak 2025-Ocak2026 tarihleri arasında medikal tedaviye dirençli obstrüktif alt üriner sistem semptomları, kateter bağımlılığı veya tekrarlayan üriner enfeksiyon nedeniyle HoLEP uygulanan ardışık 80 hasta retrospektif olarak incelendi. Önceden TURP geçiren hastalar çalışma dışı bırakıldı. Tüm operasyonlar deneyimli tek cerrah tarafından mentor desteği olmaksızın en-bloc teknik kullanılarak gerçekleştirildi. Cerrahi donanım olarak Lumenis Pulse™ 100W Holmium:YAG lazer cihazı, 550 µm fiber üzerinden enükleasyon için 72 W (1.8 J, 40 Hz) enerji modunda kullanıldı. Doku morselasyonu Karl Storz 26 Fr nefroskop ve Hawk mekanik morselatör eşliğinde tamamlandı. Preoperatif ve postoperatif 1. ve 3. ay IPSS, yaşam kalitesi (QoL), maksimum idrar akım hızı (Qmax), postvoid rezidüel idrar (PVR), total PSA ve hemoglobin değerleri ile enükleasyon, morselasyon ve toplam operasyon süreleri, kateterizasyon, hastanede kalış süresi ve komplikasyonlar kaydedildi. Komplikasyonlar Clavien-Dindo sınıflamasına göre değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların yaş medyanı 66,5 (55-75) yıl, ortalama prostat hacmi 96,4±12,8 g idi. Preoperatif ortalama total PSA 4,2±1,8 ng/mL, Qmax 7,4±2,1 mL/sn, PVR 120±45 mL, IPSS 24,6±3,8 ve QoL 4,8±0,6 olarak saptandı. Ortalama enükleasyon süresi 90 dakika, morselasyon süresi 20 dakika ve toplam operasyon süresi 110 dakika idi. Ortalama hemoglobin düşüşü 0,8±0,3 g/dL olarak bulundu. Tüm hastaların kateterleri postoperatif 1. günde çekildi ve spontan miksiyon sonrası aynı gün taburcu edildi. Üçüncü ay değerlendirmesinde IPSS (6,2±1,4), QoL (1,2±0,4) ve PVR (22±12 mL) değerlerinde anlamlı azalma, Qmax'ta ise belirgin artış (21,8±3,4 mL/sn) saptandı (tümü $p<0,001$). Clavien-Dindo ?3 majör komplikasyon gelişmedi. Altı (%7,5) hastada geçici urge inkontinans izlenmiş olup konservatif tedaviyle üçüncü ayda tamamen düzeldi. Dört (%5) hastada görülen hafif geç hematüri konservatif yaklaşımla başarıyla yönetildi.

SONUÇ

Merkezimizin ilk 80 olguluk HoLEP deneyimi, öğrenme eğrisinin erken döneminde dahi 80-120 g prostat hacmine sahip hastalarda yöntemin güvenli ve etkili olduğunu göstermektedir. HoLEP, düşük kanama riski, kısa kateterizasyon ve hastanede kalış süresi ile belirgin fonksiyonel iyileşme sağlamaktadır. Bulgularımız, HoLEP'in yeni başlayan merkezlerde dahi deneyimli cerrahlar tarafından güvenle uygulanabileceğini ve literatürde bildirilen başarılı sonuçlarla uyumlu olduğunu desteklemektedir.

SB-200) RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİDE (RIRS) YENİ NESİL QUANTA MAGNETO LAZER SİSTEMİ İLE ESKİ NESİL 30W LAZER SİSTEMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI: RETROSPEKTİF KOHORT ÇALIŞMASI

YAVUZ MERT AYDIN(1) CEMİL HASAN KILIÇ(1)

1. ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Retrograd intrarenal cerrahi (RIRS) uygulanan hastalarda kullanılan lazer litotripsi sisteminin cerrahi ve klinik sonuçlar üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla, yeni nesil Quanta Magneto lazer sistemi ile eski nesil 30W lazer sistemi karşılaştırılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Tek merkezde RIRS uygulanan toplam 140 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar kullanılan lazer cihazına göre iki gruba ayrıldı: Grup 1 (n=70), yeni nesil Quanta Magneto lazer sistemi; Grup 2 (n=70), eski nesil 30W lazer sistemi. Demografik özellikler, taş özellikleri (boyut, Hounsfield ünitesi, hacim), operatif parametreler (üreterorenoskopi süresi, operasyon süresi, lazer süresi, toplam lazer enerjisi), cerrahi taşsızlık oranı, intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar, reoperasyon oranı ve hastanede kalış süresi karşılaştırıldı. Sürekli değişkenler için Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenler için ki-kare testi kullanıldı; $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

İki grup arasında yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi ve preoperatif stentleme oranı açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Taş boyutu açısından gruplar benzerken ($p=0.059$), Quanta Magneto grubunda taş dansitesi (1114 vs 891 HU, $p<0.001$) ve taş hacmi (480.2 vs 404.5 mm^3, $p=0.024$) anlamlı olarak daha yüksekti. Kullanılan toplam lazer enerjisi ($p=0.753$), URS ve operasyon süreleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Lazer süresi Quanta Magneto grubunda anlamlı daha kısaydı. Cerrahi taşsızlık oranı Quanta Magneto grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (%82.9 vs %62.9, $p=0.014$). İntraoperatif komplikasyon (kanama) oranı açısından gruplar benzerdi (%25.7 vs %24.3, $p=1.000$); ancak reoperasyon oranı Quanta Magneto grubunda belirgin olarak daha düşüktü (%5.7 vs %37.1, $p<0.001$) ve postoperatif komplikasyonsuz seyir daha sık gözlendi (%92.9 vs %78.6, $p=0.017$). Hastanede kalış süresi iki grupta benzerdi.

SONUÇ

Bu retrospektif seride, daha yüksek dansite ve hacme sahip taşlarda dahi yeni nesil Quanta Magneto lazer sistemi, eski nesil 30W lazer sistemine kıyasla benzer operasyon süresi ve enerji tüketimiyle, daha az lazer süresi, daha yüksek cerrahi taşsızlık oranı ve belirgin olarak daha düşük reoperasyon oranı ve daha iyi postoperatif komplikasyon profili ile ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular yeni nesil lazer teknolojisinin RIRS'te etkinlik açısından katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir; sonuçların prospektif çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

SB-201) 80 YAŞ ÜZERİ HASTALARDA ÜRETERORENOSKOPİ SONRASI KOMPLİKASYONLARI FRAJİLİTE DEĞERLENDİRMESİ ÖNGÖREBİLİR Mİ?

AHMET EMRE EREN(1) ANIL ŞERİF DEMİR(1) EMRE AKAR(1) İLKER AKARKEN(1) HÜSEYİN TARHAN(1)

1. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Seksen yaş ve üzeri hastalarda ürolitiyazis yönetimi, yüksek komorbidite yükü ve frailite nedeniyle oldukça zordur. Üreterorenoskopi (URS) minimal invaziv bir yöntem olarak kabul edilmesine rağmen, bu kırılgan popülasyonda frajilitenin perioperatif sonuçlar üzerindeki öngörücü rolü yeterince çalışılmamıştır. Bu çalışma, çok yaşlı hastalarda URS sonrası komplikasyonlar üzerine preoperatif frajilitenin etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Seksen yaş ve üzeri 271 ardışık hasta retrospektif olarak incelendi. Kapsamlı geriatrik değerlendirme, Klinik Frailite Skoru ile temel ve 1. ay kontrolünde yapıldı. Primer sonlanım, Clavien-Dindo sınıflamasına göre postoperatif komplikasyonlardı. Sekonder sonlanımlar ise taşsızlık oranı ve frailite skorlarındaki değişimdi. Bağımsız öngörücüleri belirlemek için univariyate ve multivariyate lojistik regresyon analizleri yapıldı.

BULGULAR

Ortalama yaş 82.4 ± 2.8 yıldı. Başlangıçta frajilite dağılımı şu şekildeydi: skor 1-3 (%24.0), skor 4-5 (%41.7) ve skor 6-7 (%34.3). Genel Clavien-Dindo Grade 2 komplikasyon oranı %18.1 (49/271) idi ve Grade ?3 komplikasyon görülmedi. Yüksek başlangıç klinikfrajilite skoru, Grade 2 komplikasyonlarla güçlü ilişkiliydi (ortalama frajilite skoru 4.36'ya karşın 5.63, $p<0.001$). Multivariyate lojistik regresyon analizinde başlangıç frajilite skoru, komplikasyonların bağımsız öngörücüsü olarak kaldı (OR 1.85, %95 GA 1.42–2.41, $p<0.001$). Taşsızlık oranı %92.6 idi. Frailite skorlarında 1. ay takipte yalnızca minimal bozulma izlendi (ortalama artış 0.18 puan, $p=0.047$).

SONUÇ

Preoperatif dönemde klinikfrajiliteskalası kullanılarak yapılan frailite değerlendirmesi, 80 yaş ve üzeri hastalarda URS sonrası komplikasyonların güçlü ve bağımsız bir öngörücüsüdür. Frajilite değerlendirmesinin preoperatif risk stratifikasyonuna rutin olarak dahil edilmesi, bu yüksek riskli geriatrik popülasyonda hasta seçimini, danışmanlığı ve klinik sonuçları iyileştirebilir.

Table 1. Baseline Characteristics (Descriptives)

Variable	Value (n=271)
Age (years), mean ± SD	82.4 ± 2.8
Male, n (%)	142 (52.4%)
ASA Score ≥3, n (%)	35 (12.9%)
Baseline Frailty Score (Clinical Frailty Scale)	
- 1-3	65 (24.0%)
- 4-5	113 (41.7%)
- 6-7	93 (34.3%)
Clavien-Dindo Grade 2 complications, n (%)	49 (18.1%)
Stone-free rate, n (%)	251 (92.6%)

Table 2. Multivariable Logistic Regression Analysis for Predictors of Clavien-Dindo Grade 2 Complications

Variable	Odds Ratio (OR)	95% CI	p-value
Baseline Frailty Score	1.85	1.42 – 2.41	<0.001
ASA Score	1.62	1.08 – 2.43	19
Stone burden (mm)	1.03	0.99 – 1.07	112
Operation time (min)	1.02	0.99 – 1.05	214
Charlson Comorbidity Index	1.28	0.85 – 1.92	231

SB-202) ÜRETER TAŞLARINDA ACİL ESWL UYGULAMASI: ELEKTİF YAKLAŞIMA GÖRE BİR AVANTAJ SAĞLAR MI?

AHMET FATİH KANBEROĞLU(1) RASİM GUZEL(2) SALİH YILDIRIM(1) GAMZE ŞİMŞEK(1) KEMAL SARICA(1)

1. SANCAKTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. Kavacik Medistate Hastanesi

AMAÇ

Üreter taşlarının tedavisinde ekstrakorporeal şok dalga litotripsisi (ESWL), uygun hasta grubunda etkin ve noninvaziv bir tedavi seçeneğidir. Ancak akut renal kolik ile başvuran hastalarda acil ESWL uygulamasının etkinliği ve güvenilirliği konusunda literatürde sınırlı veri bulunmaktadır. Bu çalışmada, acil ve elektif ESWL uygulamalarının klinik ve radyolojik sonuçlarının karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Haziran 2023-Aralık 2024 tarihleri arasında üreter taşı nedeniyle ESWL uygulanan 66 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar, tanıdan sonraki ilk 48 saat içinde tedavi edilen acil ESWL grubu (n=32) ve elektif ESWL grubu (n=34) olarak ikiye ayrıldı. Demografik özellikler, taş boyutu, taş hacmi, Hounsfield Unit (HU) değeri, ESWL seans sayısı, işlem süresi, taşsızlık oranı, acil servis başvuruları ve enfeksiyöz komplikasyonlar karşılaştırıldı.

BULGULAR

Gruplar arasında yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi ve komorbidite açısından anlamlı fark saptanmadı. Acil ESWL grubunda ortalama taş boyutu daha büyük olmasına rağmen (8,2±2,65 mm'ye karşı 7,7±1,74 mm; p=0,023), taş hacmi ve HU değerleri benzerdi. Toplam taşsızlık oranı acil ve elektif gruplarda sırasıyla %65,6 ve %67,6 olup anlamlı farklılık göstermedi (p=0,862). Ortalama seans sayısı, işlem süresi, acil servis başvuruları ve enfeksiyöz komplikasyonlar açısından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, taş boyutu ve HU değeri için düzeltme yapıldıktan sonra acil ESWL uygulanmasının taşsızlık üzerine bağımsız bir etkisi olmadığı gösterildi (OR:1,16; %95 GA:0,37-3,62; p=0,798).

SONUÇ

Uygun hasta seçimi yapıldığında acil ESWL, elektif ESWL ile benzer taşsızlık oranları sağlayan güvenli ve etkili bir tedavi seçeneğidir. Bununla birlikte, acil grupta enfeksiyöz komplikasyonların sayısal olarak daha yüksek olması nedeniyle hasta seçiminin dikkatle yapılması ve bu yaklaşımın aktif enfeksiyonu olmayan, semptomatik seçilmiş olgularda değerlendirilmesi uygun görünmektedir.

Parametre	Acil ESWL	Elektif ESWL	p value
Yaş	42.87±11.83	42.5±10,35	0.356
BMI	26±4.12	27.3±3.91	0.79
Komorbidite	6(18.8%)	5(14.7%)	0.66
Taş Boyutu	8.2±2.65	7.7±1.74	0.023
Taş Volümü	42.6±33.78	42.6±32.74	0.657
HF Ünitesi	948.4±247.8	924.7±347.5	0.031
Ortalama Seans Sayısı	1.9±0.92	1.7±0.88	0.544
Seans Süresi	45.2±7.06	48.9±4.33	0.08
Taşsızlık Oranları	21(65.6%)	23(67.6%)	0.862
Seans Sonrası Analjezi İhtiacı	72.66±48,51	72.79±47.05	0.991
Acil Servis Başvurusu	10(31.3%)	7(20.6%)	0.322
Enfeksiyon	5(15.6%)	2(5.9%)	0.199

sonuçlar

SB-203) ÜRETEROSKOPİK LİTOTRİPSİDE RETROGRAD TAŞ MİGRASYONUNUN PREOPERATİF PREDİKTÖRLERİ VE YENİ BİR "DAR GEÇİT" PARAMETRESİ

BURTAÇ TALHA AKKURT(1) UMUT ARSLAN(1) ATINÇ TOZSİN(2) SERKAN AKAN(1)

1. FATİH SULTAN MEHMET EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. SİLOPİ DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, üreter taşlarında üreteroskopik lazer litotripsi (URSL) sırasında operasyon başarısını sınırlayan önemli bir komplikasyon olan retrograd taş migrasyonunun (RTM) preoperatif prediktörlerini belirlemek ve literatürde ilk kez tanımlanan yeni bir parametrenin (aksiyal taş çapı/proksimal üreter çapı oranı (XAD/PUD)) prediktif performansını ortaya koymaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

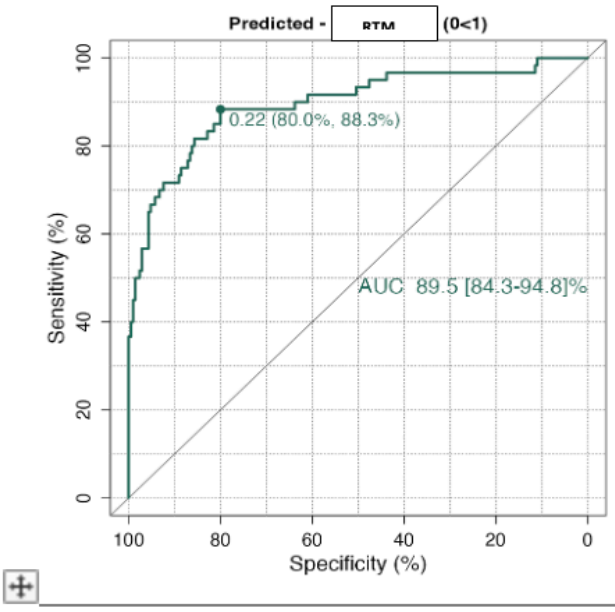
Ocak 2020–Ocak 2025 tarihleri arasında URSL uygulanan 660 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Operasyon notlarından intraoperatif RTM saptanan ve birinci ay kontrol bilgisayarlı tomografide (BT) fragman çapı ?4 mm olan 72 hasta bulundu ve dışlama kriterleri sonrası 60'ı olgu grubunu oluşturdu. Rastgele örnekleme ile seçilen 300 RTM gelişmeyen olgudan dışlama sonrası 210'u kontrol grubunu oluşturdu (oran 1:3,5). Operasyon notlarından impakte olan taşlar belirlendi. Preoperatif BT ölçümlerinden taş, üreter ve pelvis boyutları, hacimleri, ortalama Hounsfield ünitesi (HU), taş heterojenite indeksi (SHI), taş şekli (oval ve köşeli), taş ile üreteropelvik bileşke arası mesafe/tüm üreter boyu oranı (X-UP/U) ile XAD/PUD hesaplandı. Bağımsız prediktörler univaryant ve iki aşamalı hiyerarşik multivaryant lojistik regresyon analizi ile belirlendi; ayırt edicilik ROC eğrisi analiziyle değerlendirildi.

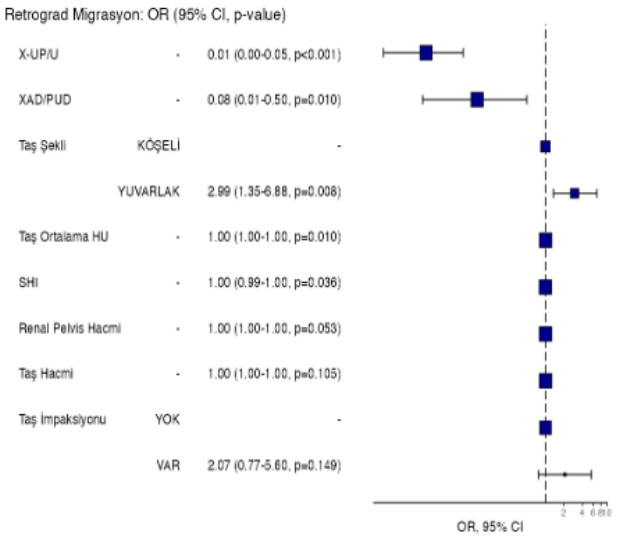
BULGULAR

RTM gelişen grupta taşların daha sık proksimal yerleşimli (%78,3'e %20,5), oval şekilli (%55,0'e %39,5) ve impakte (%33,3'e %10,0) olduğu; ayrıca taş boyutları, hacmi, ortalama Hounsfield ünitesi (HU) değerleri, renal pelvis boyutları ve hacminin anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Buna karşılık X-UP/U, XAD/PUD ve SHI değerleri RTM gelişmeyen grupta daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). İki aşamalı multivaryant analizde taş şekli (oval; OR 2,99), X-UP/U (OR 0,011), HU (OR 1,002), SHI (OR 0,995) ve XAD/PUD (OR 0,077) bağımsız prediktör olarak saptandı. XAD/PUD'un modele eklenmesi uyumu anlamlı olarak artırdı ($delta^2=7,64$; $p=0,006$) ve eğri altında kalan alanı (AUC) 0,88'den 0,90'a yükseltti. Optimal eşik değerinde (0,22) model %88,3 duyarlılık, %79,5 özgüllük, %81,5 doğruluk, 4,31 pozitif olabilirlik oranı (LR+) ve 0,15 negatif olabilirlik oranı (LR-) sağladı.

SONUÇ

RTM'nin öngörülmesinde taş şekli, X-UP/U, HU, SHI ve literatürde ilk kez tanımlanan XAD/PUD bağımsız prediktörlerdir. Rutin preoperatif bilgisayarlı tomografiden ek maliyet oluşturmadan elde edilebilen bu parametreler RTM riskinin ameliyat öncesinde belirlenmesine ve antiretropulsiyon cihazlarının daha seçici ve maliyet etkin kullanılmasına katkı sağlayabilir. Bulguların klinik uygulamaya aktarılabilmesi için prospektif, çok merkezli doğrulama çalışmalarına ihtiyaç vardır.





Tablo 1. Tek ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri sonucunda prediktörlerin odds ratio ve %95 güven aralıkları

	Tek Değişkenli		Çok Değişkenli			
			Model 1		Model 2	
Prediktörler	**Odds Ratio (%95 Güven**	**p değeri**	**Odds Ratio (%95 Güven**	**p değeri**	**Odds Ratio (%95 Güven**	**p değeri**
Taş Şekli (Oval – Köşeli)	1,870 (1,048–3,337)	0,034	3,455 (1,552, 7,688)	0,002*	2,986 (1,328, 6,714)	0,008*
Taş İmpaksiyonu (Var – Yok)	4,500 (2,232–9,071)	< 0,001	2,420 (0,947, 6,184)	0,065	2,070 (0,771, 5,554)	0,149
Taş Hacmi	1,002 (1,001–1,003)	< 0,001	1,001 (0,999, 1,003)	0,237	1,002 (1,000, 1,004)	0,105
X-UP/U	0,009 (0,002–0,031)	< 0,001	0,009 (0,002, 0,036)	< 0,001*	0,011 (0,003, 0,050)	< 0,001*
Renal Pelvis Hacmi	1,000 (1,000–1,000)	0,695	1,000 (1,000, 1,000)	0,105	1,000 (1,000, 1,000)	0,053
Taş Ortalama Hu	1,002 (1,001–1,003)	< 0,001	1,002 (1,000, 1,003)	0,027*	1,002 (1,000, 1,004)	0,01*
SHI	0,996 (0,993–0,999)	0,012	0,995 (0,991, 1,000)	0,032*	0,995 (0,991, 1,000)	0,036*
XAD/PUD	0,119 (0,034–0,423)	< 0,001	-	-	0,077 (0,011, 0,544)	0,010*

SB-204) ÜRETEROSKOPİDE BAŞARISIZ ÜRETERAL AKSESİN HASTA İLİŞKİLİ PREDİKTÖRLERİ: MİÜD PROSPEKTİF ÇOK MERKEZLİ 2.480 OLGULUK KOHORT ÇALIŞMASI

MUHAMMET İHSAN ÖZTÜRK(1) CEMİL AYDIN(2) MURAT GÜLŞEN(3) SÜLEYMAN ÖNER(4) VOLKAN ŞEN(5) MEHMET İLKER GÖKÇE(6) NEBİL AKDOĞAN(7) İLKER AKARKEN(8) YILÖREN TANIDIR(9)

1. ALACA DEVLET HASTANESİ
2. HİTİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
3. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
4. ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
5. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
6. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
7. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BALCALI HASTANESİ
8. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
9. İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ

AMAÇ

Üreteroskopi (URS), üst üriner sistem taş hastalığının tedavisinde yaygın olarak kullanılan minimal invaziv bir yöntemdir. Ancak bazı hastalarda üretere giriş sağlanamaması nedeniyle işlem başarısız olmakta ve ek girişimler gerekmektedir. Bu çalışmada, çok merkezli prospektif bir kohortta başarısız üreteral giriş insidansının belirlenmesi ve hasta ilişkili bağımsız prediktörlerin ortaya konulması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Türk Minimal İnvaziv Üroloji Derneği Taş Hastalıkları Çalışma Grubu koordinasyonunda, Ocak 2025–Ocak 2026 tarihleri arasında 21 üçüncü basamak merkezde semirijid veya fleksibl URS uygulanan 2.480 ardışık hasta prospektif olarak değerlendirildi. Başarısız üreteral giriş, standart kılavuz tel eşliğinde yapılan girişimlere rağmen üreteroskopun hedef lezyona ilerletilememesi olarak tanımlandı. Demografik ve klinik değişkenler tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri ile değerlendirildi.

BULGULAR

Başarısız üreteral giriş 133 hastada (%5,3) görüldü. Çok değişkenli analizde geçirilmiş pelvik radyoterapi (aOR: 7,24; %95 GA: 2,74–19,18; p<0,001) ve azalmış böbrek fonksiyonu (aOR: 2,70; %95 GA: 1,57–4,66; p<0,001) başarısız giriş için bağımsız risk faktörleri olarak saptandı. Preoperatif double-J stent varlığı ise başarısız giriş riskini anlamlı olarak azalttı (aOR: 0,32; %95 GA: 0,18–0,55; p<0,001). Oluşturulan modelin ayırt ediciliği orta düzeydeydi (AUC=0,64).

SONUÇ

Başarısız üreteral giriş nadir görülmekle birlikte önceden öngörülebilir bir durumdur. Geçirilmiş pelvik radyoterapi ve azalmış böbrek fonksiyonu başarısız giriş için bağımsız risk faktörleri iken, preoperatif double-J stent uygulaması başarılı üreteral girişi anlamlı ölçüde artırmaktadır. Bu bulgular, yüksek riskli hastalarda preoperatif risk sınıflandırması ve seçilmiş olgularda stentleme stratejisinin planlanmasına katkı sağlayabilir.

SB-205) UNUTULMUŞ DOUBLE-J STENTLER: KLİNİK ÖZELLİKLER, UNUTULMA NEDENLERİ,KOMPLİKASYONLAR VE TEDAVİ ZORLUKLARININ RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

ESER ÖRDEK(1) DURAN KURU(1) EREN GÜNSAY(1) SADIK GÖRÜR(1)

1. HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Double-J (DJ) stentler, üst üriner sistem obstrüksiyonlarının tedavisinde ve çeşitli ürolojik girişimlerin ardından üriner drenajın sağlanmasında yaygın olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte, planlanan sürede çıkarılmayan veya takip dışı kalan stentler; enkrustasyon, enfeksiyon, taş oluşumu, stent fragmantasyonu, renal fonksiyon kaybı ve kompleks cerrahi girişim gereksinimi gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu çalışmada üçüncü basamak bir merkeze başvuran unutulmuş DJ stentli hastaların,unutulma nedenleri,demografik özelliklerinin, klinik bulgularının, komplikasyonlarının ve uygulanan tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesini amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif çalışmaya, Mayıs 2021-Mayıs 2026 tarihleri arasında hastanemize başvuran,unutulmuş DJ stent nedeniyle tedavi edilen 36 hasta dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu,unutulma nedeni, stentin vücutta kalış süresi, başvuru semptomları, radyolojik bulguları, uygulanan cerrahi yöntemler ve perioperatif komplikasyonları incelendi. Stent enkrustasyon derecesi FECal (Forgotten-Encrusted-Calcified) sınıflama sistemi kullanılarak değerlendirildi. Perioperatif komplikasyonlar Clavien-Dindo sınıflamasına göre kaydedildi.

BULGULAR

Çalışmadaki 36 hastanın 22'si (%61,1) erkek,14'ü (%38,9) kadın olup ortalama yaş 55,3±18,6 yıl (17–89) olarak saptandı.DJ stentlerin ortalama kalış süresi 21,8±22,4 ay olup 6 ile 120 ay arasında değişmekteydi.Stentlerin unutulma nedenleri incelendiğinde, en sık nedenin stentin geçici bir materyal olduğunun ve zamanında çıkarılması gerektiğinin yeterince anlaşılamaması olduğu görüldü (n=14, %38,9). Bunu deprem nedeniyle takip kaybı (n=10, %27,8),yetersiz hasta bilgilendirilmesi 4 (%11,1),kemoterapi/radyoterapi süreci veya ek hastalıklar nedeniyle kontrole gelememe 3 (%8,3) ,kontrole gelmekten çekinme veya korku nedeniyle 2 (%5,6) ,yurt dışında bulunma nedeniyle 2 (%5,6) ve 1 hastada (%2,8) mahkumiyet nedeniyle takip kaybı olduğu görüldü. Bu bulgular, unutulmuş DJ stentlerin ortaya çıkmasında hasta farkındalığının yetersizliği ve takip sistemlerindeki aksaklıkların temel belirleyiciler olduğunu göstermektedir.Hastaların eğitim düzeyleri incelendiğinde 21 (%58,3) hastanın ilkokul mezunu idi.Başvuruda en sık gözlenen klinik bulgular yan ağrısı, irritatif alt üriner sistem semptomları,tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları ve hematüriydi. Hastaların %63,9'unda stent enkrustasyonu saptandı. FECal sınıflamasına göre olguların %22,2'si Grade I, %30,6'sı Grade II, %13,9'u Grade III ve %11,1'i Grade IV düzeyinde enkrustasyon göstermekteydi.Tedavi yaklaşımı enkrustasyon derecesi ve taş yüküne göre bireyselleştirildi. Retrograd üreteroskopik stent çıkarılması ve sistolitotripsi en sık uygulanan girişimler olurken, ileri derecede enkruste stentlerde perkütan nefrolitotomi ve kombine endoürolojik yaklaşımlar gerekli oldu.Clavien-Dindo sınıflamasına göre hastaların 34'ünde (%94,4) Grade I, 2'sinde (%5,6) Grade II komplikasyon saptandı.

SONUÇ

Unutulmuş DJ stentler önemli morbiditeye yol açabilen, tanı ve tedavisi çoğu zaman multidisipliner yaklaşım gerektiren kompleks bir klinik problemdir. Stent kalış süresinin uzaması enkrustasyon ve cerrahi tedavi gereksinimini belirgin olarak artırmaktadır. Hastaların etkin şekilde bilgilendirilmesi, düzenli takip programlarının oluşturulması unutulmuş stentlerin önlenmesinde kritik öneme sahiptir.

değişken	değer
demografik veriler	-
hasta sayısı	36
erkek	22(%61,1)
kadın	14(%38,9)
ortalama yaş(yıl)	55,2
yaş aralığı(yıl)	17-89
klinik özellikler	-
enkrustasyon var	23(%63,9)
enkrustasyon yok	13(%36,1)
dj stent kalış süresi ortalama+_ss(ay)	21,8+_22,4
dj stentin vücutta kalış aralığı(ay)	6-120

1



SB-206) TAM STAGHORN HARİCİ KOMPLEKS RENAL TAŞLARDA PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONRASI TAŞSIZLIK BAŞARISINI BELİRLEYEN FAKTÖRLER: İNTRARENAL TAŞ DAĞILIMI VE S-RESC SKORU

ALİ ESER(1) SERDAR ÇAKIR(2) AHMED ÖMER HALAT(1) ABDULLAH BERKAY KEPİR(1) HAKAN BOĞUŞLU(1) MEHMET ALİ ÇAPAR(1) ÖMÜR MEMİK(1)

1. kocaeli şehir hastanesi
2. KOCAELİ ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Tam staghorn harici kompleks renal taşlı hastalarda, PNL sonrası taşsızlık oranını etkileyen morfometrik ve anatomik faktörleri değerlendirmek.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya, renal pelvis ve en az iki kalikste taşı bulunan veya parsiyel staghorn taşı olan hastalar dahil edildi. Tam staghorn taşı olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hiç taş olmaması veya 4 mm ve altındaki rezidü taşlar taşsızlık olarak kabul edildi. Hastalar taşsızlık sağlanan ve sağlanamayan olmak üzere iki gruba ayrıldı. Taşın böbrek içerisindeki yayılımını değerlendirmek amacıyla S-ReSC skoru kullanıldı. Bu skorlama sisteminde her kaliks anatomik bölge olarak değerlendirilmekte ve taş bulunan her kaliks için bir puan verilmektedir. Ayrıca her hasta için S.T.O.N.E. nefrolitometri skoru hesaplandı. Bu skorlama sistemi taş boyutu, cilt ile taş arasındaki trakt uzunluğu, hidronefroz derecesi, taş yoğunluğu ve alt, orta ve üst pol olmak üzere her poldeki taş varlığı oluşturmaktadır. Giriş yapılan kaliksin bulunduğu pole komşu olan ancak farklı bir infundibulumdan drene olan kaliks trakt-komşu kaliks olarak tanımlandı. Anterior kalikste, üst kalikste taş varlığı ayrıca değerlendirildi. Taşsızlığı etkileyebilecek faktörler ilk olarak tek değişkenli analizlerle değerlendirildi. Bu analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenler, taşsızlığın bağımsız belirleyicilerini saptamak amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizine dâhil edildi.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 204 PNL hastası dâhil edildi. Hastaların 122'sinde (%59,8) tam taşsızlık sağlandı. Taşsızlık sağlanan ve sağlanamayan gruplar arasında yaş, taş yoğunluğu, VKİ, taş büyüklüğü, hidronefroz, trakt sayısı, operasyon süresi, floroskopi süresi, hastanede kalış süresi ve STONE skoru açısından anlamlı fark yoktu (tümü $p>0,05$). Taşsızlık sağlanamayan hastalarda S-ReSC skoru daha yüksekti ($p<0,001$). Ayrıca üst kaliks, giriş traktına komşu kaliks ve anterior kalikslerde taş bulunması bu grupta daha sıktı (tümü $p<0,001$). Çok değişkenli analizde S-ReSC skoru, taşsızlık başarısını etkileyen en güçlü bağımsız faktör olarak bulundu. S-ReSC skorundaki her 1 puanlık artış, taşsızlık sağlanma olasılığını yaklaşık %76 azalttı ($p<0,001$). Giriş traktına komşu kalikste taş bulunması ($p=0,045$) ve anterior kaliks taşı ($p=0,031$) da taşsızlık sağlanamamasıyla bağımsız olarak ilişkiliydi. Üst kaliks taşı ise diğer faktörler birlikte değerlendirildiğinde anlamlılığını kaybetti ($p=0,399$).

SONUÇ

Tam staghorn harici kompleks böbrek taşlarında PNL sonrası taşsızlık başarısını belirleyen en önemli faktör S-ReSC skorudur. Ayrıca giriş traktına komşu kalikste ve anterior kalikste taş bulunması, geride taş kalma riskini artırmaktadır. Bu sonuçlar, cerrahi başarının yalnızca taşın büyüklüğü veya yoğunluğu ile açıklanamayacağını göstermektedir. Taşın böbrek içindeki kalikslere nasıl yayıldığı ve hangi bölgelerde bulunduğu daha belirleyici görünmektedir.

Tablo 1. Stone-free durumuna göre klinik, radyolojik ve perioperatif özelliklerin karşılaştırılması			
Değişken	**Stone-free Hayır (n=82)**	**Stone-free Evet (n=122)**	***p değeri****
Yaş, yıl	47,56 ± 11,43	50,37 ± 13,99	0,133
VKİ, kg/m²	26,0 [24,0–29,25]	26,0 [24,0–29,0]	0,846
Taş HU	1256,32 ± 337,21	1205,03 ± 408,49	0,348
Taş yükü, mm²	593,46 [437,44–798,15]	550,29 [367,38–825,43]	0,259
Hidronefroz varlığı, n (%)			0,776
Yok	14 (17,1)	19 (15,6)	
Var	68 (82,9)	103 (84,4)	
Üst kalikste taş varlığı, n (%)			**<0,001**
Yok	53 (64,6)	109 (89,3)	
Var	29 (35,4)	13 (10,7)	
Komşu kalikste taş varlığı, n (%)			**<0,001**
Yok	26 (31,7)	106 (86,9)	
Var	56 (68,3)	16 (13,1)	
Anterior kalikste taş varlığı, n (%)			**<0,001**
Yok	5 (6,1)	66 (54,1)	
Var	77 (93,9)	56 (45,9)	
Trakt sayısı, n (%)			0,503
Single trakt	73 (89,0)	112 (91,8)	
Multitrakt	9 (11,0)	10 (8,2)	
Ek hastalık varlığı, n (%)			0,600
Yok	56 (68,3)	79 (64,8)	
Var	26 (31,7)	43 (35,2)	
Operasyon süresi, dk	82,5 [70,0–96,25]	75,0 [65,0–90,0]	0,059
S-ReSC skoru	6,0 [5,0–7,0]	3,0 [3,0–4,0]	**<0,001***
STONE skoru	8,0 [7,0–9,0]	8,0 [7,0–9,0]	0,558

Tablo 2. Stone-free başarıyı öngören faktörlerin çok değişkenli lojistik regresyon analizi				
Değişken	**B**	**OR**	**%95 GA**	***p değeri****
S-ReSC skoru	-1,429	0,240	0,143–0,402	**<0,001**
Üst kalikste taş varlığı	−0,634	0,530	0,122–2,315	0,399
Komşu kalikste taş varlığı	−1,040	0,353	0,128–0,976	**0,045**
Anterior kalikste taş varlığı	−1,381	0,251	0,072–0,880	**0,031**

SB-207) İDRAR NGAL VE KIM-1 KULLANILARAK FARKLI ESWL SEANS ARALIKLARININ AKUT BÖBREK HASARI ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ERSİN GÖKMEN(1) DENİZ BERK NAKIŞ(2) TÜRKER ALTUNTAŞ(3) DOĞANCAN DÖRÜCÜ(1) MEHMET UMUT KÜTÜKOĞLU(4) GÜNAL ÖZGÜR(1) TARIK EMRE ŞENER(2) ÇAĞRI AKIN ŞEKERCİ(2)

1. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
2. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
3. Doğanşehir Şehit Esra Köse Başaran Devlet Hastanesi, Üroloji Departmanı, Malatya, Türkiye
4. Medicana International Hospital, Üroloji Departmanı, Bursa, Türkiye

AMAÇ

Bu çalışmada, akut böbrek hasarını (AKI) saptamada kullanılan biyobelirteçler temel alınarak, iki farklı ESWL seans aralığının morbidite, klinik sonuçlar ve işlem güvenliği açısından karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Hastalar ESWL öncesinde randomize olarak iki gruba ayrıldı. Grup 1'de ESWL seansları 0., 4. ve 8. günlerde, Grup 2'de ise 0., 7. ve 14. günlerde uygulandı. İdrar örnekleri orta akım yöntemiyle toplandı, aynı gün 3500 rpm'de 4 dakika santrifüj edildikten sonra -80°C'de saklandı. KIM-1 ve NGAL düzeyleri, işlem öncesinde ve üç ESWL seansının tamamlanmasının ardından alınan idrar örneklerinden ELISA yöntemi kullanılarak ölçüldü.

BULGULAR

Toplam 51 hasta çalışmaya dahil edildi (Grup 1: n=25; Grup 2: n=26). Hastaların medyan yaşı 45 yıl olup, %64,7'si erkekti. Başlangıç demografik özellikleri, komorbiditeler ve taş ile ilişkili parametreler açısından gruplar benzerdi. İşlem öncesi GFR ve KIM-1 düzeyleri gruplar arasında benzer bulunurken, başlangıç NGAL düzeyleri Grup 1'de anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,009). İşlem sonrası GFR, NGAL ve KIM-1 düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Benzer şekilde, biyobelirteçler ve GFR'deki değişim miktarları da iki grup arasında farklı değildi. Ayrıca komplikasyon oranları ve taşsızlık oranları bakımından da gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı.

SONUÇ

Daha kısa ESWL seans aralıkları, artmış akut böbrek hasarı ile ilişkili bulunmamıştır. Bu bulgular, kısa ve uzun tedavi aralıkları arasında güvenlik açısından fark olmadığını ve seans aralığı seçiminin pratiklik ve uygulanabilirlik göz önünde bulundurularak klinisyen tarafından belirlenebileceğini düşündürmektedir.

-	Grup 1 (n=25)	Grup 2 (n=26)	p değeri
?GFR (mL/dk/1.73 m²)	-6 (-16–2)	0 (-11.75–12)	0.097
?NGAL (ng/mL)	151.39 (25.94–376.24)	247.03 (-45.42–404.91)	0.749
?KIM-1 (ng/mL)	-0.48 (-1.49–0.66)	-0.27 (-1.11–0.67)	0.638

Gruplar Arasında Biyobelirteç Düzeylerindeki Değişimlerin Karşılaştırılması

Tablo 2. Çalışma Gruplarının Demografik Özellikler, Taş Karakteristikleri ve Böbrek Fonksiyon Biyobelirteçleri Açısından Karşılaştırılması

	Grup 1 (n=25)	Grup 2 (n=26)	p değeri
Yaş (yıl)	48.5 (24.75-58.25)	41 (33-65.5)	0.564
Cinsiyet (Erkek/Kadın)	15/10 (%60/%40)	18/8 (%69.2/ %30.8)	0.490
VKİ (kg/m^2)	26.6 (23.88-27.72)	27.25 (25.97-28.88)	0.251
Diabetes mellitus	3 (%12)	4 (%15.4)	0.523
Hipertansiyon	5 (%20)	8 (%30.8)	0.378
Koroner arter hastalığı	1 (%4)	3 (%11.5)	0.320
Taş tarafı			
Sağ	12 (%48)	13 (%50)	0.886
Sol	13 (%52)	13 (%50)	
Taş lokalizasyonu			
Renal pelvis	17 (%68)	15 (%57.7)	
Alt pol	2 (%8)	4 (%15.4)	0.689
Orta pol	3 (%12)	5 (%19.2)	
Üst pol	3 (%12)	2 (%7.7)	
Taş çapı (mm)	12 (9.5-14.5)	12 (9.75-17.25)	0.698
Taş hacmi (mm^3)	505 (327.5-1247)	406.5 (188-947)	0.147
Taş yoğunluğu (Hounsfield Unit)			
Maksimum	940 (819-1100.5)	1040 (856-1132.5)	0.235
Ortalama	722 (586.5-854)	750 (462.75-906.25)	0.814
İşlem öncesi			
GFR (mL/dk/1.73 m^2)	104 (80.5-117.5)	94.5 (85-115.5)	0.880
NGAL (ng/mL)	613.58 (493.62-751.25)	462.53 (361.52-607.29)	**0.009**
KIM-1 (ng/mL)	2.54 (1.88-3.08)	2.51 (2.05-2.89)	0.578
İşlem sonrası			
GFR (mL/dk/1.73 m^2)	99 (77.5-107)	98.5 (86.5-116)	0.456
NGAL (ng/mL)	809.35 (666.96-992.67)	666.97 (507.36-925.26)	0.095
KIM-1 (ng/mL)	2.07 (1.63-2.64)	1.9 (1.38-2.52)	0.429

SB-208) PREOPERATİVE PREDİCTORS OF PROLONGED OPERATİVE TİME DURİNG FLEXİBLE URETEROSCOPY

ALİCAN KÖK(1) ANIL EKER(1) CAFER MERT ÖDEN(1) MUHAMMED BİLAL NART(1) TANSU DEĞİRMENCİ(1) YASİN CEYLAN(1) SERDAR ÇELİK (1)

1. izmir şehir hastanesi

AMAÇ

Prolonged operative time during flexible ureteroscopy may increase perioperative risk and affect operating room planning and the need for staged treatment. Identifying preoperative factors associated with prolonged procedures may facilitate patient selection and surgical planning. This study aimed to identify predictors of an operative duration of ?90 minutes during flexible ureteroscopy.

GEREÇ-YÖNTEM

Patients who underwent flexible ureteroscopy for renal or proximal ureteral stones were evaluated. Patients were divided into two groups according to an operative duration of <90 minutes or ?90 minutes. Demographic characteristics, operative side, preoperative double-J stent placement, ureteral access sheath use, stone location, stone size, stone density, and laser type were compared between the groups

BULGULAR

A total of 97 patients were included; 77 had an operative duration <90 minutes and 20 had an operative duration ?90 minutes. Age, sex, operative side, preoperative double-J stent placement, ureteral access sheath use, stone density, and laser type were comparable between the groups. Thulium laser was used in 53.9% of patients with an operative duration <90 minutes and 40.0% of those with an operative duration ?90 minutes, whereas holmium laser was used in 46.1% and 60.0%, respectively (p=0.471).

Calyceal or multiple intrarenal stone location was more frequent in the ?90-minute group than in the <90-minute group (40.0% vs. 14.3%, p=0.022). Stones ?2 cm were also significantly more common among patients with prolonged operative time (40.0% vs. 7.8%, p<0.001), as shown in Table 1.

In multivariable logistic regression, stone size ?2 cm independently increased the likelihood of an operative duration ?90 minutes by approximately 6.4-fold (adjusted OR=6.37, 95% CI: 1.80–22.73; p=0.004). Calyceal or multiple intrarenal location was associated with an increased likelihood of prolonged surgery, although this association did not reach statistical significance after adjustment (adjusted OR=2.95, 95% CI: 0.90–9.71; p=0.075).

In multiple linear regression, stone size ?2 cm was associated with a 25.6-minute increase in operative time (B=25.560, 95% CI: 12.953–38.167; p<0.001). Calyceal or multiple intrarenal location was independently associated with an additional 11.3 minutes of operative time (B=11.335, 95% CI: 0.172–22.499; p=0.047). In the exploratory classification, the rates of operative duration ?90 minutes were 11.4%, 38.1%, and 66.7% among patients with zero, one, and two risk factors, respectively (Table 2).

SONUÇ

Stone size ?2 cm was the strongest independent predictor of prolonged flexible ureteroscopy. Calyceal or multiple intrarenal stone location was also associated with longer operative duration, whereas laser type was not associated with prolonged surgery. A simple preoperative classification based on stone size and location may help identify patients at risk of procedures lasting ?90 minutes.

Table 1. Comparison of preoperative patient and stone characteristics according to operative duration

Variable	Category	Group 1: Operative time <90 min (n=77)	Group 2: Operative time ≥90 min (n=20)	P value
Sex	Female	33 (42.9%)	9 (45.0%)	0.863[a]
	Male	44 (57.1%)	11 (55.0%)	
Age, median (IQR)	—	49.0 (37.5–57.0)	50.0 (43.0–59.0)	0.358[b]
Operative side	Right	41 (53.2%)	13 (65.0%)	0.346[a]
	Left	36 (46.8%)	7 (35.0%)	
Preoperative double-J stent	No	61 (79.2%)	17 (85.0%)	0.755[c]
	Yes	16 (20.8%)	3 (15.0%)	
Ureteral access sheath use	No	51 (66.2%)	11 (55.0%)	0.351[a]
	Yes	26 (33.8%)	9 (45.0%)	
Stone location	Renal pelvis/proximal ureter	66 (85.7%)	12 (60.0%)	0.022[c]
	Calyceal or multiple intrarenal location	11 (14.3%)	8 (40.0%)	
Stone size	<2 cm	71 (92.2%)	12 (60.0%)	<0.001[c]
	≥2 cm	6 (7.8%)	8 (40.0%)	
Stone density, median (IQR)	—	1100 (855–1300)	1100 (800–1275)	0.681[b]
Laser type	Thulium	41 (53.9%)	8 (40.0%)	0.471[a]
	Holmium	35 (46.1%)	12 (60.0%)	

Data are presented as n (%) unless otherwise indicated. [a] Pearson chi-square test; [b] Mann–Whitney U test; [c] Fisher's exact test.

Table 2. Proportion of prolonged operative time according to the number of preoperative risk factors

Number of risk factors	Total patients, n	Operative time <90 min, n (%)	Operative time ≥90 min, n (%)
0	70	62 (88.6%)	8 (11.4%)
1	21	13 (61.9%)	8 (38.1%)
2	6	2 (33.3%)	4 (66.7%)

SB-209) PERKÜTAN NEFROSTOMİ KATETERİNİN RENAL KALİKS İÇİNDE DÜĞÜMLENMESİ VE ENDOSKOPİK ÇIKARILMASI: SON DERECE NADİR BİR KOMPLİKASYON

ALİ NEBİOĞLU(1) ALİ BÖREKOĞLU(1)

1. MERSİN ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Perkütan nefrostomi kateteri yerleştirilmesi, üst üriner sistem obstrüksiyonlarında yaygın olarak kullanılan bir dekompresyon yöntemidir. Bu olgu sunumu, son derece nadir bir komplikasyonun başarılı endoskopik yönetimini sunmaktadır: Nefrostomi kateterinin renal kaliks içinde spontan düğümlenmesi.

GEREÇ-YÖNTEM

31 yaşında kadın hasta sağ yan ağrısı şikayeti ile üroloji kliniğine başvurdu. Kontrastsız bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde sağ proksimal üreterde 17 mm taş ve sağ böbrekte grade 3 hidronefroz saptanırken, laboratuvar testlerinde üriner sistem enfeksiyonunu saptandı. Acil perkütan nefrostomi kateteri yerleştirildi, enfeksiyon tedavisi ve hastaneye yatış sonrası endoskopik taş tedavisi planlandı.

BULGULAR

Operasyon sırasında nefrostomi kateterinin çıkarılamadığı ve kateter ucunun düğümlendiği keşfedildi. Fleksible renoskopi rehberliğinde, kateter çevresindeki taş oluşumları holmium lazer ile parçalandı ve kateter başarıyla çıkarıldı. Hasta postoperatif birinci günde komplikasyon olmaksızın taburcu edildi.

SONUÇ

Nefrostomi kateteri düğümlenmesi literatürde bildirilen son derece nadir ancak ciddi bir komplikasyondur. Endoskopik yaklaşımlar bu tür vakalarda güvenli ve etkili bir tedavi seçeneğini temsil eder. Kateter yerleştirme sırasında uygun teknik kullanımı ve düzenli takip bu komplikasyonun önlenmesinde kritiktir. Benzer durumlarla karşılaşan klinisyenler için endoskopik çözüm yöntemleri tercih edilecek seçim olmalıdır.

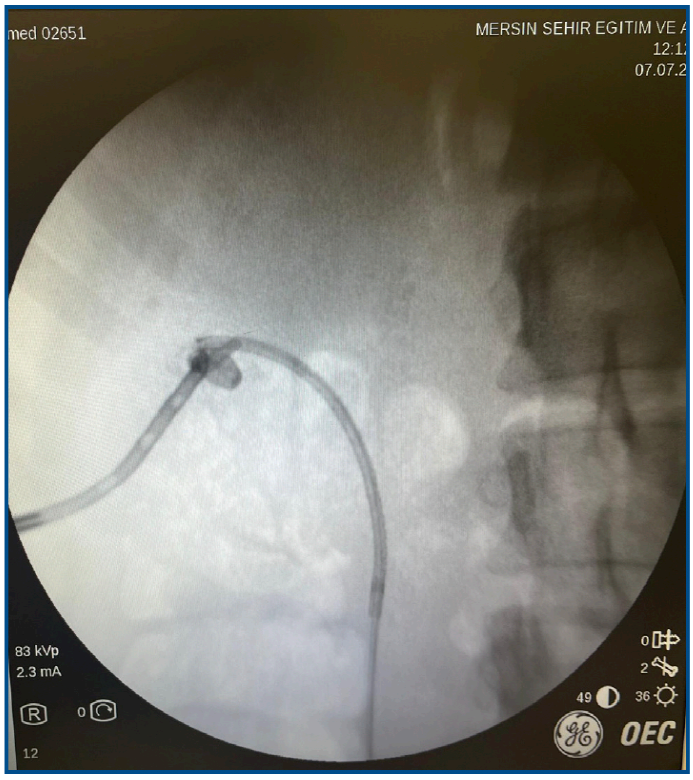


Figure 2. Fluoroscopic image of nephrostomy catheter - appearance of knotted catheter tip

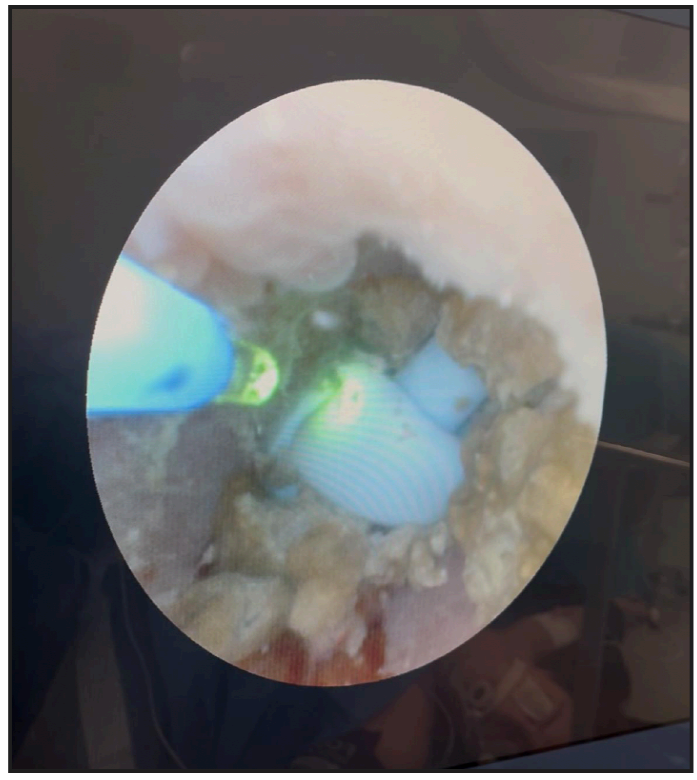


Figure 4. Intraoperative image of stone fragments around the catheter

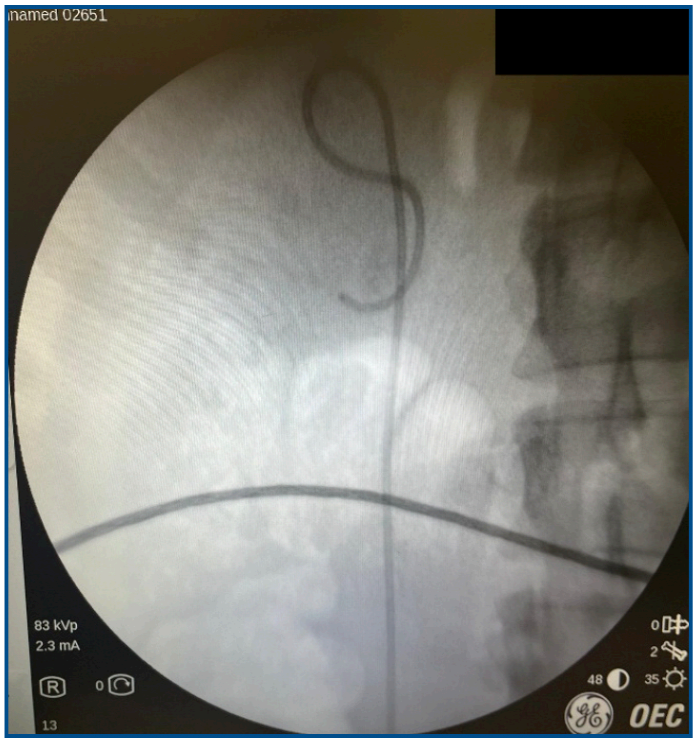


Figure 3. Fluoroscopic image of double J catheter placed

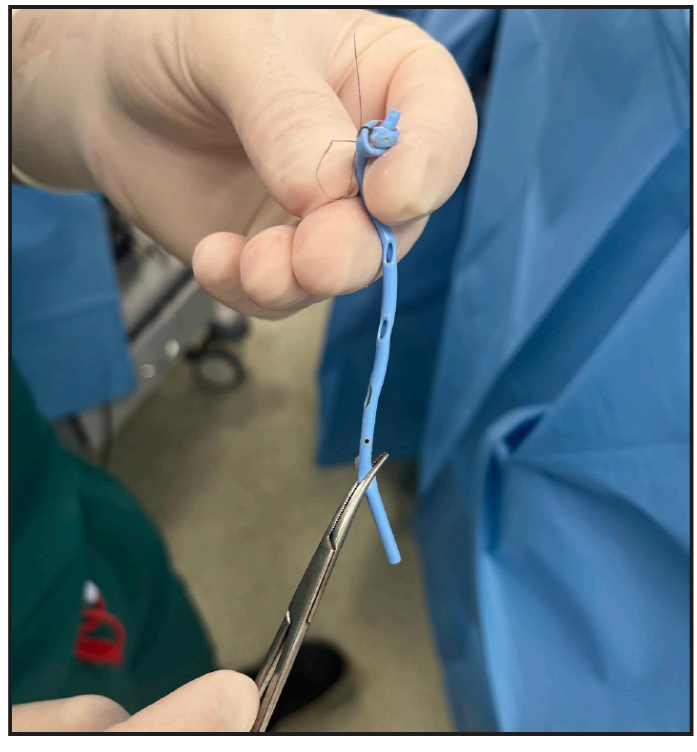


Figure 5. Image of removed nephrostomy catheter in

SB-210) RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİDE SPİNAL VE GENEL ANESTEZİNİN KARŞILAŞTIRILMASI: TEK MERKEZLİ GERÇEK YAŞAM DENEYİMİ

MECİT ÇELİK(1) VEYSİ TUNÇ(1) ÖZER URAL CAKICI(2)

1. ERGANİ DEVLET HASTANESİ
2. Özel Muayenehane, Üroloji, Ankara, Türkiye

AMAÇ

Retrograd intrarenal cerrahi (RİRC), solunuma bağlı böbrek hareketlerinin taş kırma işlemini zorlaştırabileceği düşüncesiyle çoğunlukla genel anestezi altında uygulanmaktadır. Bununla birlikte spinal anestezi, günlük klinik uygulamada hasta özellikleri, anestezi riski ve kurumsal koşullar nedeniyle tercih edilebilmektedir. Bu çalışmada, genel ve spinal anestezi altında gerçekleştirilen RİRC işlemlerinin cerrahi başarı, perioperatif sonuçlar ve komplikasyonlar açısından karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2025–Mayıs 2026 tarihleri arasında Ergani Devlet Hastanesinde böbrek taşı nedeniyle RİRC uygulanan erişkin hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Taş çapı 20 mm'nin üzerinde olan, aktif üriner sistem enfeksiyonu bulunan, bilateral işlem veya ikinci seans RİRC uygulanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalar uygulanan anestezi yöntemine göre spinal ve genel anestezi gruplarına ayrıldı. Cerrahi başarı, işlemden 6–8 hafta sonra yapılan görüntülemede rezidü fragman boyutunun ?4 mm olması olarak tanımlandı. Tıbbi bir nedenle hastanın rutin taburculuk zamanı olan postoperatif birinci gün sabahında taburcu edilememesi, planlanmamış uzamış yatış olarak kabul edildi. Gruplar; cerrahi başarı, perioperatif komplikasyonlar, ameliyathane kullanım süresi ve planlanmamış uzamış yatış oranı açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 186 hasta dahil edildi. Hastaların 120'sine (%64,5) spinal, 66'sına (%35,5) genel anestezi uygulandı. Ortalama yaş 61,5±12,7 yıl, ortalama kümülatif taş çapı 14,6±4,5 mm idi. Spinal anestezi grubunda en az bir komorbidite bulunma oranı daha yüksekken (%27,5'e karşı %13,6; p=0,030), ASA fiziksel durum sınıfı dağılımı da daha yüksek sınıflar yönündeydi (p<0,001). Ortalama ameliyathane kullanım süresi genel anestezi grubunda spinal anestezi grubuna göre anlamlı olarak daha uzundu (101,6±35,4 dakikaya karşı 82,9±25,9 dakika; p<0,001). Planlanmamış uzamış yatış spinal anestezi grubunda 7/120 hastada (%5,8), genel anestezi grubunda 9/66 hastada (%13,6) görüldü; fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (p=0,099). Cerrahi başarı spinal anestezi grubunda 96/120 hastada (%80,0), genel anestezi grubunda 50/66 hastada (%75,8) sağlandı; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,500). Genel komplikasyon oranı ve Clavien–Dindo derece ?III komplikasyon oranı açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

SONUÇ

Spinal anestezi altında gerçekleştirilen RİRC, cerrahi başarı ve komplikasyon oranları bakımından genel anesteziye benzer sonuçlar sağladı. Spinal anestezi grubunda ameliyathane kullanım süresi daha kısaydı. Planlanmamış uzamış yatış oranı spinal anestezi grubunda sayısal olarak daha düşük olmakla birlikte fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı. Bulgularımız, uygun hastalarda spinal anestezinin RİRC için güvenli ve etkili bir alternatif olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 1. Spinal ve genel anestezi gruplarının klinik özellikleri ve perioperatif sonuçlarının karşılaştırılması

Değişken	Spinal anestezi (n=120)	Genel anestezi (n=66)	p değeri
Çalışma grupları			
Hasta sayısı, n (%)	120 (64,5)	66 (35,5)	—
Klinik özellikler			
En az bir komorbidite, n (%)	33 (27,5)	9 (13,6)	0,030
ASA fiziksel durum sınıfı, n (%)			<0,001
ASA I	28 (23,3)	38 (57,6)	
ASA II	76 (63,3)	28 (42,4)	
ASA III	16 (13,3)	0 (0,0)	
Perioperatif sonuçlar			
Ameliyathane kullanım süresi, dakika	82,9 ± 25,9	101,6 ± 35,4	<0,001
Cerrahi başarı, n (%)	96 (80,0)	50 (75,8)	0,500
Planlanmamış uzamış yatış, n (%)	7 (5,8)	9 (13,6)	0,099
Herhangi bir postoperatif komplikasyon, n (%)	12 (10,0)	9 (13,6)	0,453
Clavien–Dindo derece ?III komplikasyon, n (%)	2 (1,7)	1 (1,5)	1,000

SB-212) ESWL SONRASI TAŞSIZLIK DURUMUNU ÖNGÖRMEDE BASİT BİR PREOPERATİF SKORLAMA MODELİNİN GELİŞTİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

HAKAN ŞIĞVA(1) SERHAT AKAR(1) MEHMET AKŞİT(1) FATİH TAŞKIRAN(1) VEDAT ARSLAN(1) MEHMET SEVİM(1)

1. VAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Ekstrakorporeal şok dalgası litotripsi (ESWL), (küçük eşittir)?20 mm böbrek ve proksimal üreter taşlarında birinci basamak tedavi yöntemi olmayı sürdürmektedir; ancak taşsızlık oranları klinikler arasında belirgin farklılık göstermektedir. Güvenilir preoperatif risk sınıflandırma araçları yetersiz kalmaktadır. Bu çalışma, kolaylıkla elde edilebilen klinik parametreler kullanılarak ESWL sonrası taşsızlık (TS) durumunu öngören basit, tam sayı tabanlı bir skorlama modeli geliştirmeyi amaçlamıştır

GEREÇ-YÖNTEM

Kurumumuzda ESWL uygulanan 200 hasta retrospektif olarak incelendi. Taşsızlık; işlem sonrası 4. haftada düz üriner sistem grafisi ve/veya ultrasonografide rezidüel fragman bulunmaması olarak tanımlandı. Aday öngördürücüler arasında hasta demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, VKİ), taş karakteristikleri (maksimum çap, Hounsfield birimi [HU] dansitesi, yüzey alanı, infundibulopelvik açı) ve klinik değişkenler (ipsilateral cerrahi öyküsü, ESWL öncesi üreteral stent veya nefrostomi, hidronefrozderecesi) yer aldı. Tekli değişken analizi Mann-Whitney U ve ki-kare testleriyle gerçekleştirildi. p<0,10 eşiğini aşan değişkenler çok değişkenli lojistik regresyona alındı. Beta katsayılarına dayalı ağırlıklı puanlar atanarak tam sayı tabanlı skorlama modeli oluşturuldu. Model performansı ROC analizi ile değerlendirildi.

BULGULAR

200 hastanın 102'sinde (%51,0) taşsızlık sağlandı. Tekli değişken analizinde ipsilateral cerrahi öyküsü (p<0,001), ESWL öncesi stent/nefrostomi varlığı (p<0,001) ve infundibulopelvik açı (p=0,037) taşsızlık durumunun anlamlı öngördürücüleri olarak belirlendi. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde cerrahi öykü, ESWL başarısızlığının tek bağımsız öngördürücüsü olarak saptandı (OR=0,174; %95 GA 0,081–0,374; p<0,001). ESWL öncesi stent/nefrostomi sınırda anlamlılık gösterdi (OR=0,242; p=0,080); bu bulgu, stentli hasta sayısının azlığıyla kısıtlıydı (n=23).

Skorlama modeli beş preoperatif faktörü kapsadı: ipsilateral cerrahi öyküsü (2 puan), ESWL öncesi stent/nefrostomi (2 puan), taş çapı >10 mm (1 puan), taş dansitesi >1000 HU (1 puan) ve infundibulopelvik açı <45° (1 puan); maksimum skor 7. Taşsızlık oranları skor gruplarına göre belirgin düşüş gösterdi: skor 0–1 (n=95): %69,5; skor 2 (n=36): %61,1; skor ?3 (n=69): %18,8. Model kabul edilebilir-iyi ayrım gücü sergiledi (EAA=0,756). Optimal kesme noktasında (skor (küçük eşittir)?1 = düşük risk) duyarlılık %65, özgüllük %70, PPD %69 ve NPD %66 olarak saptandı.

SONUÇ

İpsilateral cerrahi öykü, taşsızlık olasılığını yaklaşık 5,7 kat azaltarak ESWL başarısızlığının en güçlü bağımsız öngördürücüsü olarak öne çıkmaktadır. ESWL öncesi drenaj cihazı yerleştirilmesi taşsızlık oranlarını belirgin biçimde düşürmektedir (%8,7'ye karşı %56,5). Beş faktörlü, 7 puanlık skorlama modelimiz (EAA=0,756), laboratuvar gerektirmeksizin yalnızca poliklinik değerlendirmesinde elde edilen bilgilerle hastaları düşük, orta ve yüksek riskli gruplara etkin biçimde ayırt etmektedir. Skoru (büyük eşittir)?3 olan hastalarda birincil tedavi seçeneği olarak üreteroskopi veya retrograd intrarenal cerrahi göz önünde bulundurulmalıdır. Prospektif çok merkezli doğrulama çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

SB-213) FLEXIBLE URS'DE VAKUMLU ACCESS KILIF KULLANIMININ POSTOPERATİF DÖNEMDE GFR ÜZERİNE ETKİSİ

BARIŞ DOĞAN(1) MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) BERKAY KILINÇKAYA(1) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Üriner sistem taş hastalığı ülkemizde sık görülen ve cerrahi müdahale olasılığı sık olan bir hastalıktır. Günümüzde taş hastalığı için retrograd ıntrarenal cerrahi (RIRS) en sık kullanılan minimal invaziv tedavi seçenekleri arasındadır. Bu çalışmada böbrek ve üreter taşı nedeniyle RIRS yapılan hastalarda kullanılan vakumlu access kılıfın postoperatif dönemde glomerüler filtrasyon hızına (GFR) olan etkisini araştırmayı hedefledik.

GEREÇ-YÖNTEM

Mayıs 2013 - Aralık 2025 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Üroloji anabilim dalında böbrek ve üreter taşı nedeniyle RIRS yapılan hastalar dahil edildi. Hastalar vakumlu access kılıf kullanılan ve kullanılmayan hastalar olarak ikiye ayrıldı. Gruplar postoperatif GFR değişikliği açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 100 hastanın 41'i(%41) kadın, 59'u(%59) erkekti. Hastalarda access kılıf kullanılan hastaların ortanca yaşı 50 (min:38,5, max:61,5), access kılıf kullanılmayan hastaların ortanca yaşı 52(min:47, max:67) olarak saptandı. Tablo 1 de RIRS yapılan hastaların demografik özellikleri detaylıca anlatılmıştır. Access kılıf başarısına göre hastalar karşılaştırıldığında; yaş, BMI, hastanede kalış süresi, takip süresi ve ipsilateral taş öyküsü, rezidüe taş açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (tüm $p > 0.05$). Hastaların access kılıf yerleştirilmesi oranı %81 olarak hesaplanmıştır. Access kılıf kullanan hastalarda ortalama hounsfield ölçeği 1036 ve access kılıf kullannılmayan hastalarda ortalama hounsfield ölçeği 1134 olarak saptandı. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p: 0.471$). Access kılıf başarısına göre taşsızlık oranları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.Access kılıf kullanılan hastaların preopratif GFR değeri ortalama 95 saptanmış olup postop dönemde GFR ortalaması 100 olarak saptanmıştır. Access kullanılan hastalarda GFR farkı 3, access kullanılmayan hastalarda GFR farkı 0 olarak saptandı. Bu fark anlamlı değildi($p:0.446$).

SONUÇ

Çalışmamız sonucunda access kılıf kullanımında postoperatif erken dönem GFR değerleri üzerinde olumlu bir etkisi gözlenmekle birlikte GFR farkı ve yüzdesel değişim analizleri, her iki yöntemin böbrek fonksiyonunu koruma açısından benzer sonuçlar verdiği göstermektedir. Access kılıf kullanımının böbrek fonksiyonu üzerinde ki etkilerini anlamak için daha fazla hasta sayılı randomize prospektif çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

DEMOGRAFİK BULGULAR	-	_	__	p
-	-	Access Kılıf Kullanılan	Access Kılıf kullanılmayan	-
Cinsiyet	Erkek	10	31	P:0.375*
-	Kadın	50	52	-
Yaş(Yıl)	Median	50	52	P:0.347**
-	Min-Max	38,5-61,5	47-67	-
BMI (kg/m2)	Median	26	26,8	P:0.762**
-	Min-Max	24,5-28,1	23,9-30,1	-
Hastanede Kalış(Gün)	Median	1	1	P:0.721**
-	Min-Max	1-1	1-2	-
Takip Süresi(Ay)	Median	6	4	P:0.154**
-	Min-Max	3-8,5	2-7	-
İpsilateral Taş Öyküsü	Var	10	47	P:0.865*
-	Yok	9	34	-
Rezidüe Taş	Var	0	5	P:0.599*
-	Yok	19	76	-

Hastaların demografik özellikleri

Tablo 2. Access Başarısı ve GFR ve HU Arasında ki İlişki

	Access Kılıf Kullanılanlar	Access Kılıf Kullanılmayanlar	P
Preop GFR	95(50-120)	86(12-120)	0.187*
Postop GFR	100(59-120)	87(23-120)	0.031*
GFR Farkı(Postop GFR-Preop GFR)	3(-11/35)	0(-34/35)	0.446*
GFR Farkı Yüzdesi ((GFR Farkı/Preop GFR)x 100)	%3(-%10/%35)	%0(-%37/%92)	0.425*
Hounsfield Ölçeği	1036	1134	0.471*

*Mann Whitney U test

SB-215) RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİDE OPERASYON SÜRE KİNETİKLERİ İLE CERRAHİ BAŞARISIZLIK ARASINDA İLİŞKİ VAR MI? VİRGİN VE NON-VİRGİN ÜRETERLERDE KARŞILAŞTIRMALI ANALİZ (RIRSEARCH GRUBUNDAN İLK SONUÇLAR)

NACİ BURAK ÇINAR(1) KEREM TEKE(1) ÖNDER ÇINAR (2) MURAT AKGÜL(3) CEM BAŞATAÇ(4) MUHAMMET FATİH ŞİMŞEKOĞLU(5) HAKAN ÇAKIR(6) OKTAY ÖZMAN(7) MEHMET FATİH ŞAHİN(8) MUSTAFA BİLAL TUNA(6) DUYGU SIDDIKOĞLU(9) EYÜP BURAK SANCAK(9) CENK MURAT YAZICI(8) BARBAROS BAŞESKİOĞLU(6) HALUK AKPINAR(10) BÜLENT ÖNAL(5)

1. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. MEDİCANA HASTANESİ
3. ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
4. DEMİROĞLU BİLİM ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
5. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
6. ÖZEL ACIBADEM HASTANESİ
7. ÖZEL MEMORİAL HASTANESİ
8. TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
9. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
10. FLORENCE NİGHTİNGALE

AMAÇ

Retrograd intrarenal cerrahide (RIRS) operasyon süresi, taş yükü ve cerrahi sonuçlarla yakından ilişkilidir. Önceki üreteral girişimlere bağlı anatomik ve fonksiyonel değişikliklerin, operasyon süresi ile cerrahi başarısızlık arasındaki ilişkiyi nasıl etkilediği yeterince aydınlatılamamıştır. Bu çalışmada, operasyon süre kinetiklerinin virgin ve non-virgin üreterlerde cerrahi başarısızlıkla ilişkisinin karşılaştırılması ve bağımsız belirleyicilerin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

RIRSearch çalışma grubunun çok merkezli veritabanında 2012–2024 yılları arasında kayıtlı 2002 RIRS olgusu retrospektif olarak değerlendirildi. Operasyon süresi, holmium lazer litotripsi süresi (LLz) ve lazer litotripsi dışı süre (n-LLz) kayıtları eksiksiz olan ve preoperatif DJ stenti bulunmayan 296 hasta çalışmaya dahil edildi. Önceki üreteral girişim öyküsü bulunmayan hastalar virgin, üretere yönelik endolüminal girişim veya ekstrensek üreter cerrahisi geçiren hastalar non-virgin olarak sınıflandırıldı. Gruplar demografik özellikler, taş karakteristikleri, operatif parametreler ve cerrahi sonuçlar açısından karşılaştırıldı. Primer sonlanım noktası cerrahi başarısızlıktı. Her iki grupta ayrı ayrı tek değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı; anlamlı bulunan değişkenler çok değişkenli modele dahil edilerek bağımsız belirleyiciler değerlendirildi.

BULGULAR

Virgin grupta 246, non-virgin grupta 50 hasta bulunmaktaydı. Gruplar arasında demografik veriler, preoperatif taş dansitesi ve toplam taş hacmi açısından fark saptanmadı (p>0,05). Non-virgin grupta multipl taş görülme sıklığı (%55,8 vs %25,2; p<0,001), toplam operasyon süresi (70 [56,8–90] vs 60 [45–80] dk; p=0,020), cerrahi başarısızlık (%48,0 vs %24,1; p=0,001) ve ikincil tedavi gereksinimi (%26,0 vs %5,9; p<0,001) daha yüksekti. LLz (45 [30–60] vs 40 [30–50] dk; p=0,073) ve n-LLz (25 [15–30] vs 20 [15–30] dk; p=0,115) açısından anlamlı farklılık saptanmadı.

Virgin grupta tek-değişkenli analizde operasyon süresi, LLz, taş hacmi ve multipl taş varlığı cerrahi başarısızlık ile ilişkili bulundu. Çok-değişkenli analizde operasyon süresi ve taş hacmi bağımsız belirleyici olarak kaldı. Operasyon süresindeki her 1 dakikalık artış cerrahi başarısızlık olasılığını %1,6 (OR=1,016; %95 GA: 1,002–1,029; p=0,022), taş hacmindeki her 100 mm^3 artış ise %4,2 artırdı (OR=1,042; %95 GA: 1,007–1,077; p=0,018). Non-virgin grupta tek-değişkenli analizde operasyon süresi, preoperatif taş dansitesi ve taş hacmi cerrahi başarısızlık ile ilişkili bulundu. Çok-değişkenli analizde yalnızca taş hacmi bağımsız belirleyici olarak kaldı; her 100 mm^3 artış cerrahi başarısızlık olasılığını %14,6 artırdı (OR=1,146; %95 GA: 1,034–1,270; p=0,009). Operasyon süresi bağımsız anlamlılığını korumadı (OR=1,004; %95 GA: 0,973–1,036; p=0,805).

SONUÇ

Non-virgin üreterlerde operasyon süresi ve cerrahi başarısızlık oranı daha yüksektir. Virgin üreterlerde operasyon süresi ve taş hacmi cerrahi başarısızlığın bağımsız belirleyicileri olarak saptanırken, non-virgin üreterlerde yalnızca taş hacmi bağımsız belirleyici olarak bulundu. Bu bulgular, operasyon süresinin prognostik değerinin üreteral girişim öyküsüne göre farklılık gösterebileceğini ve cerrahi planlamada taş yükü ile birlikte üreteral girişim öyküsünün de dikkate alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Tablo 1. ***Virgin*** **ve** ***non-virgin*** **üreter gruplarının demografik özellikleri, taş karakteristikleri, operatif parametreleri ve cerrahi sonuçlarının karşılaştırılması**

Değişken	Virgin (n=246)	Non-virgin (n=50)	*p*
Demografik özellikler			
Yaş (yıl)	47 (36,5–58)	54,5 (40,5–60,8)	0,060
Vücut kitle indeksi (kg/m²)	26,83 (24,49–29,41)	26,21 (24,28–29,49)	0,820
Yaşa uyarlanmış Charlson Komorbidite İndeksi (ACCI), medyan (IQR)	1 (0–3)	2 (0–3)	0,143
Taş karakteristikleri			
Preoperatif taş dansitesi (HU)	1010 (865–1238)	1099 (851–1238)	0,638
Toplam taş hacmi (mm³)	644,8 (293,6–1249,1)	883,2 (335,7–2355,9)	0,052
Multipl taş, n (%)	62 (25,2)	29 (55,8)	**<0,001**
Operatif parametreler			
Toplam operasyon süresi (dk)	60 (45–80)	70 (56,8–90)	**0,020**
Lazer litotripsi süresi (LLz), dk	40 (30–50)	45 (30–60)	0,073
Lazer dışı cerrahi süre (n-LLz), dk	20 (15–30)	25 (15–30)	0,115
Üreteral erişim kılıfı kullanımı, n (%)			0,150
ÜEK yok	39 (15,9)	8 (16,0)	
9,5–11,5 / 10–12 Fr	191 (78,0)	35 (70,0)	
≥11–13 Fr	15 (6,1)	7 (14,0)	
Cerrahi sonuçlar			
Cerrahi başarısızlık, n (%)	57/237 (%24,1)	24/50 (%48,0)*	**0,001**
İkincil tedavi gereksinimi, n (%)	14/237 (%5,9)	13/50 (%26,0)*	**<0,001**

Veriler medyan (IQR) veya n (%) olarak sunulmuştur. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.
* Virgin gruba göre anlamlı farklılık.

Tablo 2. *Virgin* üreter grubunda cerrahi başarısızlığın öngörücülerine ilişkin tek-değişkenli ve çok-değişkenli lojistik regresyon analizleri.

Değişken	Tek-değişkenli analiz OR (%95 GA)	*p*	Çok-değişkenli analiz OR (%95 GA)	*p*
Yaş (yıl)	1.007 (0.985–1.029)	0.540	–	–
Erkek cinsiyet	1.392 (0.724–2.677)	0.322	–	–
Vücut kitle indeksi (kg/m²)	0.984 (0.919–1.053)	0.641	–	–
ACCI ≥2	0.906 (0.499–1.645)	0.746	–	–
Toplam taş hacmi (100 mm³ artış başına)	**1.058 (1.024–1.094)**	**0.001**	**1.042 (1.007–1.077)**	**0.018**
Preoperatif taş dansitesi (HU) (1 HU artış başına)	1.000 (0.999–1.001)	0.576	–	–
ÜEK kullanımı (var vs yok)	1.024 (0.453–2.315)	0.954	–	–
Multipl taş	**2.020 (1.053–3.874)**	**0.034**	1.680 (0.843–3.349)	0.140
Toplam operasyon süresi (dk)	**1.023 (1.011–1.036)**	**<0.001**	**1.016 (1.002–1.029)**	**0.022**
Lazer litotripsi süresi (LLz), dk	**1.028 (1.014–1.043)**	**<0.001**	–	–
Lazer dışı cerrahi süre (n-LLz), dk	1.005 (0.982–1.029)	0.686	–	–

OR: Odds oranı, GA: Güven aralığı. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 3. *Non-virgin* üreter grubunda cerrahi başarısızlığın öngörücülerine ilişkin tek-değişkenli ve çok-değişkenli lojistik regresyon analizleri.

Değişken	Tek-değişkenli Analiz OR (%95 GA)	*p*	Çok-değişkenli Analiz OR (%95 GA)	*p*
Yaş (yıl)	0.987 (0.950–1.027)	0.522	–	–
Erkek cinsiyet	1.473 (0.452–4.798)	0.520	–	–
Vücut kitle indeksi (kg/m²)	0.957 (0.801–1.142)	0.624	–	–
ACCI ≥2	0.615 (0.195–1.945)	0.408	–	–
Toplam taş hacmi (100 mm³ artış başına)	**1.161 (1.066–1.264)**	**0.001**	**1.146 (1.034–1.270)**	**0,009**
Preoperatif taş dansitesi (HU) (1 HU artış başına)	**1.004 (1.001–1.007)**	**0.007**	1.003 (1.000–1.006)	0.083
ÜEK kullanımı (var vs yok)	0.425 (0.089–2.023)	0.282	–	–
Multipl taş varlığı	1.156 (0.370–3.611)	0.804	–	–
Toplam operasyon süresi (dk)	**1.025 (1.003–1.047)**	**0.028**	1.004 (0.973–1.036)	0,805
Lazer litotripsi süresi (LLz), dk	1.020 (0.994–1.046)	0.127	–	–
Lazer dışı cerrahi süre (n-LLz), dk	1.029 (0.993–1.067)	0.110	–	–

OR: Odds oranı, GA: Güven aralığı. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

SB-216) ÜRETER TAŞLARINDA SEMİ-RİGİD URS BAŞARISI: PREOPERATİF STENTLEME GERÇEKTEN BİR AVANTAJ MI, YOKSA ZOR VAKANIN HABERCİSİ Mİ?

BARIŞ DOĞAN(1) MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) BERKAY KILINÇKAYA(1) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Üreter taşlarında üreterorenoskopi (URS) uygulanan hastalarda preoperatif double-J (DJ) stent varlığının ve taş özelliklerinin postoperatif taşsızlık oranları (SFR) üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Mayıs 2021 ile Mayıs 2026 tarihleri arasında üreter taşı nedeniyle URS uygulanan 369 hasta retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya 18 yaşından büyük, taş boyutu 7-20 mm arasında olan ve verilerine eksiksiz ulaşılan 268 hasta dahil edildi. Postoperatif kontrol görüntülemelerinde 4 mm'den büyük rezidü taş kalması klinik anlamlı rezidü taş olarak tanımlandı. Hastaların demografik verileri, BMI, taş karakteristikleri (boyut, dansite, lokalizasyon), preoperatif medikal ekspulsif tedavi (MET) ve preoperatif DJ stent öyküleri kaydedildi.

BULGULAR

Analize alınan 268 hastanın ortanca yaşı 54.0 (18.0 - 88.0) yıl, ortanca BMI değeri 27.1 (17.3 - 49.9) kg/m² olup, %63.4'ü (n=170) erkekti. Ortanca taş boyutu 10.0 (7.0 - 20.0) mm, ortanca taş dansitesi 1071.0 (119.0 - 1892.0) HU ve ortanca operasyon süresi 60.0 (15.0 - 175.0) dakika olarak saptandı. Taşların %35.8'i (n=96) distal, %33.2'si (n=89) orta ve %31.0'ı (n=83) proksimal üreter yerleşimliydi. Genel SFR oranı %86.6 (n=232) olarak bulundu. Hiçbir hastada intraoperatif veya postoperatif komplikasyon gözlenmedi (Tablo 1).

Yaş (p=0.830), BMI (p=0.763), cinsiyet (p=0.951), taş tarafı (p=0.759), taş dansitesi (p=0.322) ve operasyon süresinin (p=0.713) SFR üzerinde anlamlı bir etkisi saptanmadı. Buna karşın, proksimal üreter taşlarında SFR oranı (%77.1), orta (%89.9) ve distal (%91.7) yerleşimli taşlara göre anlamlı derecede düşük bulundu (p=0.009). Preoperatif DJ stenti olmayan hastaların SFR oranı %89.7 iken, preoperatif DJ stenti olan hastaların SFR oranı %74.1 olarak saptandı ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.003). Ayrıca, MET alan hastalarda SFR oranı (%97.4), almayanlara göre (%84.8) anlamlı derecede yüksekti (p=0.035). Sürekli değişkenlerde ise ortanca taş boyutu, SFR (+) grupta 10.0 mm iken SFR (-) grupta 12.5 mm saptandı (p=0.001) (Tablo 2). Preoperatif DJ stent varlığının operasyon süresi (p=0.225) üzerinde ise anlamlı bir değişime yol açmadığı görüldü.

SONUÇ

Taş boyutunun büyümesi ve taşın proksimal üreterde bulunması URS başarı şansını anlamlı şekilde düşürmektedir. Çalışmamızda preoperatif DJ stent varlığının SFR'yi olumsuz etkilediği saptanmıştır. Bu durum, preoperatif dönemde acil stent takılma ihtiyacı doğuran (impakte, obstrüktif, enfektif veya anatomik açıdan zor) taşların doğasından kaynaklanan primer cerrahi zorluğu yansıtmaktadır.

Tablo 1: Hastaların Demografik ve Genel Klinik Özellikleri (N=268)

		Ortanca (Min - Max)
Yaş (Yıl)		54.0 (18.0 - 88.0)
BMI (kg/m²)		27.1 (17.3 - 49.9)
Taş Boyutu (mm)		10.0 (7.0 - 20.0)
Taş Dansitesi (HU)		1071.0 (119.0 - 1892.0)
Operasyon Süresi (dk)		60.0 (15.0 - 175.0)
Hastanede Kalış Süresi (gün)		1.0 (0.0 - 12.0)
Cinsiyet, n (%)	Kadın	98 (%36.6)
	Erkek	170 (%63.4)
Taş Tarafı, n (%)	Sol	137 (%51.1)
	Sağ	121 (%45.1)
	Bilateral	10 (%3.7)
Üreter Segmenti (Lokalizasyon), n (%)	Distal	96 (%35.8)
	Orta	89 (%33.2)
	Proksimal	83 (%31.0)
Preoperatif MET (Alfa Blokör), n (%)		38 (%14.2)
Preoperatif DJ Stent Varlığı, n (%)	Yok	214 (%79.9)
	Var	54 (%20.1)
SFR		232 (%86.6)
Postoperatif Komplikasyon Oranı, n (%)		0 (%0.0)

Tablo 2: SFR Etkileyen Faktörlerin Analizi

	Rezidü Taş Yok (SFR (+)) (n=232)	**Rezidü Taş Var (SFR (-)) (n=36)**	**p**
Yaş (Yıl), *Ortanca (Min - Max)*	54.0 (18.0 - 88.0)	54.0 (23.0 - 82.0)	0.830[a]
BMI (kg/m²), *Ortanca (Min - Max)*	27.1 (17.3 - 49.9)	27.0 (18.4 - 43.9)	0.763[a]
Taş Boyutu (mm), *Ortanca (Min - Max)*	10.0 (7.0 - 20.0)	12.5 (7.0 - 20.0)	0.001[a]
Taş Dansitesi (HU), *Ortanca (Min - Max)*	1061.5 (119.0 - 1892.0)	1145.0 (376.0 - 1615.0)	0.322[a]
Operasyon Süresi (dk), *Ortanca (Min - Max)*	60.0 (15.0 - 175.0)	60.0 (25.0 - 130.0)	0.713[a]
Cinsiyet, n (%)			
Kadın	85 (%86.7)	13 (%13.3)	0.951[b]
Erkek	147 (%86.5)	23 (%13.5)	
Taş Tarafı, n (%)			
Sol	160 (%85.6)	27 (%14.4)	
Sağ	63 (%88.7)	8 (%11.3)	
Bilateral	9 (%90.0)	1 (%10.0)	0.759[b]
Üreter Segmenti, n (%)			
Distal	88 (%91.7)	8 (%8.3)	
Orta	80 (%89.9)	9 (%10.1)	
Proksimal	64 (%77.1)	19 (%22.9)	0.009[b]
Preoperatif MET (Alfa Blokör), n (%)			
Yok	195 (%84.8)	35 (%15.2)	0.035[b]
Var	37 (%97.4)	1 (%2.6)	
Preoperatif DJ Stent, n (%)			
Yok	192 (%89.7)	22 (%10.3)	0.003[b]
Var	40 (%74.1)	14 (%25.9)	

[a]*Independent-Samples Mann-Whitney U Testi;* [b] *Pearson Chi-Square / Fisher's Exact Testi.*

SB-217) KÜÇÜK PROSTATLI HASTALARDA YAPILAN LAZER ENÜKLEASYONU VE BİPOLAR TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONUNUN KLİNİK VE CERRAHİ SONUÇLARI ARASINDA FARK VAR MIDIR?

BURAK ÇITAMAK(1) YAKUP EMRE TEKİN(2) ALİ SERKAN KILIÇ(1) ALİ TEKİN(1)

1. ÖZEL ACIBADEM ATAKENT HASTANESİ
2. ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Benign prostat hiperplazisi (BPH) nedeniyle opere edilen küçük hacimli(<50 mL) prostatlarda bipolar transüretral rezeksiyon (TUR-P) ve Lazer enükleasyon etkinliğini karşılaştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

2021- 2026 yılları arasında opere edilen ve prostat hacmi 50 mL altındaki 98 hasta çalışmaya dahil edildi. Retrospektif olarak hastaların yaş, preoperatif PSA, vücut kitle indeksi (VKİ), operasyon süresi, üroflowmetri verileri, hastane yatış süreleri ve patoloji bilgileri kaydedildi. Veriler SPSS ile analiz edildi.

BULGULAR

Hastaların 51'ine (%52) lazer enükleasyon yapılırken 47'ine (%48) TUR-P yapıldı. Ortalama yaş 70±10,44 (min-max, 48-99) yıl, ortalama VKİ 25,88 ± 3,56 kg/m² (min-max: 17,5- 34,6) olarak saptandı. Ortalama prostat hacmi 41,44 ± 10,17 (min-max 14-50) mL, preoperatif PSA 4,56 ±8,68 (min-max 0.03-70) olarak bulundu. Ameliyat süresi ortalama 66,22 ±27,7 (min-max: 23-157) dakika, hastanede kalış süresi ortalama 1,17 ±0,57 (1-5) gün, ortalama sonda kalış süresi 4,19 ± 1,12 (2-9) gün oldu. Yapılan tek değişkenli analizde TUR-P ve lazer enükleasyon karşılaştırıldığında lazer enükleasyon hastalarının daha genç olması ve cerrahi süresinin TUR-P'a göre uzun olması istatiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,012, p<0,001). Preoperatif ve postoperatif üroflowmetri verileri karşılaştırıldığında 3 parametredeki değişiklik anlamlıydı.

SONUÇ

Hasta seçimi ve öğrenme eğrisi analizlerde temel farklılığı oluştursa da, Lazer enükleasyon ve TUR-P küçük prostatlı hastalarda benzer komplikasyon ve başarı oranları ile güvenle kullanabilir.

-	Lazer enükleasyon	TUR-P	p
Yaş (Yıl)	67,67±9,99	72,7±10,3	0,012
PSA (ng/ml)	4,68±10,19	4,44±6,8	0,470
VKİ (kg/m²)	25,28±3,72	26,42±3,38	0,152
Prostat volümü (ml)	43,51±8,28	39,19±11,5	0,097
Cerrahi süresi (dk)	75,85±24,9	56,8±25,9	<0,001
Hastane yatış süre (gün)	1,2±0,66	1,13±0,45	0,658
Sonda kalış süresi (gün)	4,33±1,32	4,04±1,08	0,299
Komplikasyon oranı	1(%33,3)	2(%66,7)	0,512
Üretral darlık varlığı	3(%5,9)	4(%8,5)	0,606
Patolojide kanser oranı	6(%11,8)	8 (%17)	0,458

Lazer enükleasyon ve TUR-P karşılaştırması

SB-218) ERİŞKİNLERDE PRONE PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ: 268 OLGULUK TEK MERKEZ DENEYİMİ VE REZİDÜ TAŞ BELİRLEYİCİLERİ

ÜMİT UYSAL(1) SERKAN TUĞRUL(1)

1. ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Perkütan nefrolitotomi (PCNL), büyük ve kompleks böbrek taşlarının tedavisinde temel cerrahi seçeneklerden biridir. Bu çalışmada, prone PCNL uygulanan erişkin hastaların klinik ve perioperatif özelliklerinin değerlendirilmesi, tek merkez sonuçlarının sunulması ve rezidü taşın bağımsız belirleyicilerinin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Merkezimizde 2018–2026 yılları arasında prone PCNL uygulanan ?18 yaş hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik, klinik, taş ilişkili ve perioperatif veriler ile komplikasyonlar ve rezidü taş durumu kaydedildi. Rezidü taş, postoperatif birinci ay bilgisayarlı tomografisinde en büyük çapı ?4 mm olan fragman olarak tanımlandı. Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma veya medyan (çeyrekler arası aralık), kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak sunuldu. Rezidü taşın bağımsız belirleyicilerini saptamak amacıyla Guy's Stone Score (GSS), taş boyutu ve taş sayısını içeren çok değişkenli ikili lojistik regresyon analizi yapıldı. Model performansı Hosmer–Lemeshow testi, Nagelkerke R^2 ve sınıflandırma ölçütleriyle değerlendirildi.

BULGULAR

Toplam 268 hasta çalışmaya alındı. Ortalama yaş 52,8±14,1 yıl, erkek hasta oranı %67,9 ve ortalama beden kitle indeksi 28,9±4,9 kg/m^2 idi. Medyan Charlson Komorbidite İndeksi 1 (0–3), ortalama tahmini glomerüler filtrasyon hızı 93,6±26,2 mL/dk/1,73 m^2 olup hastaların %11,2'sinde bu değer <60 mL/dk/1,73 m^2 idi. Taşlar hastaların %61,9'unda birden fazla kaliksi tutuyor, %57,5'inde birden fazla taş bulunuyordu. Ortalama taş dansitesi 952±288 HU, medyan taş boyutu 39,4 (27,4–56,0) mm ve taş hacmi 13.695,5 (5.831,0–57.185,3) mm^3 idi. GSS III–IV olguların %36,9'unu oluşturdu; hastaların %81,3'ünde hidronefroz, %49,3'ünde geçirilmiş taş girişimi öyküsü vardı. Girişlerin %91,4'ü infrakostal düzeyden gerçekleştirildi. Ortalama operasyon süresi 118,2±39,6 dakika, medyan hastanede kalış süresi 3 (2–4) gündü. Hemoglobinde ?2 g/dL düşüş, transfüzyon, Clavien–Dindo derece ?III komplikasyon, postoperatif enfeksiyon ve yeniden yatış oranları sırasıyla %28,4, %10,4, %10,1, %10,8 ve %7,5 idi. Birinci ayda 107 hastada (%39,9) rezidü taş saptandı; taşsızlık oranı %60,1'di (Tablo 1). Rezidü taş modeli anlamlıydı (olabilirlik oranı $?^2[3]=106,400$; $p<0,001$), uygun kalibrasyon gösterdi (Hosmer–Lemeshow p=0,273) ve Nagelkerke R^2 değeri 0,443'tü. GSS'de her bir derece artış rezidü taş olasılığını %42,9 artırdı (düzeltilmiş olasılık oranı [aOR]=1,429; %95 güven aralığı [GA]: 1,004–2,033; p=0,047). Taş boyutundaki her 1 mm artış olasılığı %5,9 artırdı (aOR=1,059; %95 GA: 1,034–1,085; p<0,001); bu artış her 10 mm için yaklaşık 1,77 kata karşılık gelmekteydi. Birden fazla taş varlığı bağımsız olarak anlamlı değildi (aOR=1,595; %95 GA: 0,792–3,213; p=0,191). Modelin doğru sınıflandırma oranı %76,5, duyarlılığı %61,7 ve özgüllüğü %86,3'tü.

SONUÇ

Prone PCNL, taş kompleksitesi yüksek ve heterojen erişkin hasta grubunda kabul edilebilir perioperatif sonuçlar sağlamıştır. Artan taş boyutu ve yüksek GSS rezidü taşın bağımsız belirleyicileri iken, taş sayısı düzeltme sonrasında anlamlılığını korumamıştır. Bulgularımız, taş yükü ve anatomik kompleksitenin ameliyat öncesi danışmanlık, cerrahi planlama ve postoperatif izlemde birlikte değerlendirilmesini desteklemektedir

Tablo 1. Çalışma kohortunun demografik, klinik, renal, taş ve perioperatif özellikleri (N = 268)

Özellik	Değer
Demografik ve klinik özellikler	
Yaş, yıl	52.8 ± 14.1
Erkek cinsiyet	182 (67.9)
Beden kitle indeksi, kg/m²	28.9 ± 4.9
Charlson Komorbidite İndeksi	1 (0-3)
Hipertansiyon	92 (34.3)
Diabetes mellitus	45 (16.8)
Kronik böbrek hastalığı	20 (7.5)
Antikoagülan kullanımı	31 (11.6)
Amerikan Anesteziyologlar Derneği fiziksel durum sınıflaması	
ASA I	34 (12.7)
ASA II	178 (66.4)
ASA III	52 (19.4)
ASA IV	4 (1.5)
Renal özellikler	
Tahmini glomerüler filtrasyon hızı, mL/dk/1,73 m²	93.6 ± 26.2
eGFR <60 mL/dk/1,73 m²	30 (11.2)
eGFR 60–90 mL/dk/1,73 m²	60 (22.4)
eGFR >90 mL/dk/1,73 m²	178 (66.4)
Serum kreatinini, mg/dL	0.84 (0.70-0.99)
Renal parankim kalınlığı, mm	21.62 (18.15-24.95)
Posterior perinefrik yağ kalınlığı, cm	1.51 (0.97-2.06)
Taş özellikleri	
Taş dansitesi, Hounsfield ünitesi	952 ± 288
Taş boyutu, mm	39.4 (27.4-56.0)
Taş hacmi, mm³	13,695.5 (5,831.0-57,185.3)
Birden fazla taş	154 (57.5)
Radyopak taş	253 (94.4)

Özellik	Değer
Taş lokalizasyonu	
Renal pelvis	74 (27.6)
Alt kaliks	17 (6.3)
Orta kaliks	7 (2.6)
Üst kaliks	4 (1.5)
Birden fazla kaliks	166 (61.9)
Hidronefroz derecesi	
Yok	50 (18.7)
Derece 1	73 (27.2)
Derece 2	87 (32.5)
Derece 3	50 (18.7)
Derece 4	8 (3.0)
Guy Taş Skoru	
Derece I	95 (35.4)
Derece II	74 (27.6)
Derece III	55 (20.5)
Derece IV	44 (16.4)
Önceki taş girişimi	
Yok	136 (50.7)
Ekstrakorporeal şok dalga litotripsisi	23 (8.6)
Üreterorenoskopi	27 (10.1)
Retrograd intrarenal cerrahi	26 (9.7)
Perkütan nefrolitotomi	46 (17.2)
Açık taş cerrahisi	10 (3.7)

Özellik	Değer
Operatif özellikler	
İnfrakostal giriş	245 (91.4)
Suprakostal giriş	23 (8.6)
Operasyon süresi, dk	118.2 ± 39.6
Postoperatif drenaj	
Tüpsüz	2 (0.7)
Nefrostomi tüpü	234 (87.3)
Double-J stent	18 (6.7)
Nefrostomi tüpü ve double-J stent	14 (5.2)
Postoperatif sonuçlar	
Hemoglobin düşüşü, g/dL	1.4 (0.8-2.1)
Hemoglobin düşüşü ≥2 g/dL	76 (28.4)
Kan transfüzyonu	28 (10.4)
Hastanede kalış süresi, gün	3 (2-4)
Clavien-Dindo derece ≥III komplikasyon	27 (10.1)
Postoperatif enfeksiyon	29 (10.8)
Yeniden yatış	20 (7.5)
Rezidü taş durumu	
Rezidü taş yok	161 (60.1)
Rezidü taş mevcut	107 (39.9)

Veriler uygun şekilde ortalama ± standart sapma, medyan (25.-75. persentil) veya n (%) olarak sunulmuştur. Eksik veri yoktur. Tüm hastalara prone pozisyonda PCNL uygulanmıştır. Kısaltmalar: ASA, Amerikan Anesteziyologlar Derneği; eGFR, tahmini glomerüler filtrasyon hızı; PCNL, perkütan nefrolitotomi.

SB-219) MUTİKALİKSİYEL VE MULTİPLE BÖBREK TAŞLARINDA SUPİN VE PRON PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİNİN TAŞSIZLIK VE KOMPLİKASYON AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ : MANEVRA KABİLİYETİ DEĞİŞİYOR MU ?

İBRAHİM KARACA(1) İSMAİL EMRE ERGİN(1)

1. SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Çalışmamızın temel amacı, taşların farklı kalikslere dağılmış olduğu ve nefroskopik erişimin kritik önem taşıdığı multiple ve multikaliksiyel böbrek taşı hastalarında supin ve prone PNL tekniklerinin etkinlik ve güvenilirliğini karşılaştırmaktı.

GEREÇ-YÖNTEM

Üroloji Kliniğimizde gerçekleştirilen Ocak 2019 ile Haziran 2025 tüm PNL ameliyatları, operasyon süreleri ve floroskopi sürelerini içeren ameliyat notları ile tüm verilerin yer aldığı dosyalar retrospektif olarak incelendi.İlk aşamada,Böbrek taşları lokalizasyona göre alt pol, orta pol, üst pol ve pelvis olarak sınıflandırıldı. Birden fazla kaliksi tutan taşları (>1 lokalizasyon) olan ve aynı böbrekte birden fazla sayıda taş (>1 taş) bulunan hastalar da bu çalışmaya dahil edildi.Supin PNL uygulanan (Grup-1) ve pron PNL uygulanan hastalar (Grup-2) değerlendirildi. Bu gruplar arasında demografik özellikler ile perioperatif ve postoperatif veriler karşılaştırıldı.Dıslama kriterleri olarak; 18 yaş altı, 85 yaş üstü, pelvik böbrek, anormal renal rotasyon, koagülopati, obezite (BMI>30 kg/m2), yüksek anestezi riski ve iskelet deformitesi olan hastalar ve çalışmanın amacı dışında kaldığı için stoghorn ve semitoghorn taşlar çalışma dışı bırakıldı. Operasyon sonrası rezidü araştırması için kontrastsız BT kullanıldı 4mm üzeri kalküller rezidü olarak değerlenirildi. Postoperatif komplikasyonların değerlendirilmesinde modifiye Clavien sınıflaması kullanıldı.

BULGULAR

Ocak 2019 ile Haziran 2025 tarihleri arasında multiple ve multikaliksiyel böbrek taşı nedeniyle perkütan nefrolitotomi uygulanan toplam 137 hasta çalışmaya dahil edildi.Hastaların 73'üne (%53,3) supin PNL, 64'üne (%46,7) prone PNL uygulandı.Hastaların demografik özellikleri ve istatistikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.Taş özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir.Supin gruptaki tüm hastalarda (%100) taş kırma yöntemi olarak lazer enerjisi kullanılırken prone grupta lazer kullanımı %39,1, pnömotik litotriptör kullanımı ise %60,9 olarak saptandı.Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$).Cerrahi ve postoperatif sonuçlar Tablo 3 de verilmiş olup rezidü taş açısından benzer olup operasyon süresi supin pnl de daha kısadır.Komplikasyonlar modifiye Clavien-Dindo sınıflamasına göre değerlendirildi (Tablo 4).Supin gruptaki tüm hastalar Grade I komplikasyon düzeyinde yer alırken (%100), prone grupta Grade I komplikasyon oranı %90.6 olarak bulundu.Prone grupta 2hastada (%3,1) Grade II ve 4 hastada (%6,3) Grade III komplikasyon gelişti.

SONUÇ

Sonuç olarak çalışmamız, multiple ve multikaliksiyel böbrek taşlarında supin ve prone PNL tekniklerinin benzer taşsızlık oranları sağladığını göstermiştir.Taşların farklı kalikslere dağılmış olmasına rağmen elde edilen benzer başarı oranları, her iki pozisyonun da uygun giriş planlaması yapıldığında yeterli intrarenal manevra kabiliyeti sunduğunu düşündürmektedir.Daha düşük komplikasyon oranları, daha düşük operasyon süreleri ile supin PNL nin de yüksek avantajlarla aynı derecede taşsızlık oranlarına ulaştırdığı görülmüştür.Gelecekte yapılacak prospektif, randomize ve çok merkezli çalışmaların özellikle multikaliksiyel taş hastalarında pozisyon seçiminin uzun dönem sonuçlar üzerindeki etkisini daha net ortaya koyacağı düşünülmektedir.

TABLO 1. Demografik ve preoperatif özellikler

Değişken	Supin (n=73)	Prone (n=64)	p
Yaş (yıl)	51.23 ± 16.69	46.03 ± 19.77	0.097
BMI (kg/m^2)	27.53 ± 4.85	26.36 ± 4.20	0.138
Kadın, n (%)	22 (30.1)	26 (40.6)	0.199
HT, n (%)	19 (26.0)	22 (34.4)	0.287
DM, n (%)	17 (23.3)	17 (26.6)	0.658
Preop DJ, n (%)	19 (26.0)	11 (17.2)	0.212
Hidronefroz, n (%)	39 (53.4)	30 (46.9)	0.444

TABLO 2. Taş karakteristikleri

Değişken	Supin	Prone	p
Taş sayısı	3.10 ± 1.71	2.98 ± 1.76	0.708
Maksimum çap (mm)	19.40 ± 4.20	20.24 ± 5.34	0.066
Cilt-taş mesafesi (mm)	86.26 ± 22.04	81.39 ± 16.72	0.151
HU	816.2 ± 280.6	836.6 ± 345.1	0.704
Kaliks sayısı	2.71 ± 1.05	2.44 ± 1.26	0.165

TABLO 3. Cerrahi ve postoperatif sonuçlar

Değişken	Supin (n=73)	Prone (n=64)	p
Taşsızlık (%)	68.5	67.2	0.870
Floroskopi süresi (min), mean±SD	1.7 ± 0.3	2.0 ± 0.3	0.18
Total operation time (min), mean±SD	118.9±17.1	141±21.2	0.03
Yatış süresi (gün)	2.25 ± 0.76	2.73 ± 1.29	0.007
Postop DJ (%)	75.3	79.7	0.544
Postop nefrostomi (%)	2.7	15.6	0.008
Çoklu Access (2 ve üzeri), n (%)	18 (24.3)	38 (50.8)	0.004

TABLO 4. Komplikasyonlar

Değişken	Supin (n=73)	Prone (n=64)	p
Clavien I, n (%)	73 (100)	58 (90.6)	
Clavien II, n (%)	0 (0.0)	2 (3.1)	0.038
Clavien III, n (%)	0 (0.0)	4 (6.3)	
Kan replasmanı, n (%)	0 (0.0)	3 (4.8)	0.061

SB-220) RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİDE ÜRETERAL ERİŞİM KILIFININ TAŞSIZLIK VE KOMPLİKASYONLARA ETKİSİ

EMRAH IŞIKLI(1) EREN TERZİ(1) ALİ KEMAL USLUBAŞ(1) ÖMÜR MEMİK(1) OĞUZ ÖZDEN CEBECİ(1) MURAT ÜSTÜNER(1) ÖMER ERDOĞAN(1)

1. Kocaeli Şehir Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı

AMAÇ

Retrograd intrarenal cerrahi (RIRS), üst üriner sistem taşlarının tedavisinde yaygın olarak kullanılan minimal invaziv bir yöntemdir. Üreteral erişim kılıfı (UAS), intrarenal basıncı azaltması, tekrarlayan giriş-çıkışları kolaylaştırması ve görüntü kalitesini artırması nedeniyle sıklıkla tercih edilmekle birlikte, rutin kullanımının cerrahi başarı ve komplikasyonlar üzerine etkisi halen tartışmalıdır. Bu çalışmada RIRS sırasında UAS kullanımının taşsızlık oranı, perioperatif sonuçlar ve komplikasyonlar üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Nisan 2023–Aralık 2025 tarihleri arasında kliniğimizde RIRS uygulanan toplam 654 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar UAS kullanılmayan (non-UA, n=427) ve UAS kullanılan (UA, n=227) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Gruplar; yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, ASA skoru, taş lokalizasyonu, taş boyutu ve taş yoğunluğu açısından değerlendirildi. Operasyon süresi, hastanede kalış süresi, taşsızlık oranı, rezidü taş nedeniyle yeniden girişim gereksinimi ile erken ve geç dönem komplikasyonlar karşılaştırıldı. Ayrıca hastalar taş boyutuna göre (<10 mm, 10–20 mm ve >20 mm) alt gruplara ayrılarak analiz edildi.

BULGULAR

Gruplar yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, ASA sınıflaması açısından benzerdi (p>0,05). UAS kullanılan grupta taş boyutu anlamlı olarak daha yüksekti (14,0 mm'ye karşı 12,0 mm; p<0,001), taş yoğunluğu ise benzerdi. Operasyon süresi UAS grubunda daha uzun bulundu (50'ye karşı 45 dakika; p=0,003). Genel taşsızlık oranı non-UA grubunda %85,2, UA grubunda %74,4 olarak saptandı (p<0,001). Taş boyutuna göre yapılan alt grup analizinde bu fark yalnızca 10–20 mm taşlarda anlamlı olup, non-UA grubunda daha yüksek taşsızlık oranı elde edildi (p=0,007). <10 mm ve >20 mm taşlarda taşsızlık oranları açısından anlamlı farklılık izlenmedi. Erken dönem komplikasyon oranları benzerdi (p=0,519), ancak geç dönem komplikasyonlar UAS kullanılan grupta daha sık görüldü (p=0,008). Hastanede kalış süresi ve rezidü taş nedeniyle yeniden cerrahi gereksinimi açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

SONUÇ

Bu geniş hasta serisinde UAS kullanımı, RIRS sırasında operasyon sürelerini uzatmış ve geç dönem komplikasyonlarla ilişkili bulunmuştur. Buna karşın genel taşsızlık oranını artırmamış, hatta özellikle 10–20 mm taşlarda UAS kullanılmayan hastalarda daha yüksek taşsızlık oranları elde edilmiştir. Bulgularımız, UAS'ın rutin kullanımından ziyade hasta ve taş özelliklerine göre seçilmiş olgularda tercih edilmesinin daha uygun olabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 1: Grup 1 ve Grup 2'deki hastaların demografik verileri, klinik verileri, taşa ait özellikler, perioperatif bulgular ve tassızlık durumu bulguları

Değişken		Grup 1 (non-UA) (n=427)	Grup 2 (UA) (n=227)	p değeri
Yaş (yıl, ort±ss)		50,95 ± 14,18	49,98 ± 13,13	0,381
BMI (kg/m², ort±ss)		27,73 ± 4,53	28,06 ± 4,71	0,385
Cinsiyet	Erkek [n(%)]	267 (62,5)	155 (68,3)	0,146
	Kadın [n(%)]	160 (37,5)	72 (31,7)	
ASA skoru	1 [n(%)]	84 (19,7)	45 (19,8)	0,892
	2 [n(%)]	281(65,8)	146 (64,3)	
	3 [n(%)]	62 (14,5)	36 (15,9)	
Taş tarafı	Sağ [n(%)]	209 (48,9)	82 (36,1)	**0,003**
	Sol [n(%)]	204 (47,8)	130 (57,3)	
	Bilateral [n(%)]	14 (3,3)	15 (6,6)	
Taş boyutu (mm, medyan (IQR))		12,0 (5,5)	14,0 (8,85)	**<0,001**
Taş yoğunluğu (HU, ort±ss)		1163 (494)	1150 (451)	0,826
Toplam cerrahi süresi (dk)		45 (28)	50 (31)	**0,003**
Hastanede yatış süresi (gün, medyan (min-maks))		1 (1-11)	1 (1-14)	0,489
Tassızlık	Yok	63 (%14,8)	58 (%25,6)	**<0,001**
	Var	364 (%85,2)	169 (%74,4)	
Rezidü İçin Operasyon	Yok	387 (%90,6)	190 (%83,7)	**0,011**
	Var	40 (%9,4)	37 (%16,3)	

Tablo 2: Alt grup analizi sonrası Grup 1 ve Grup 2'nin karşılaştırılması

		Taş boyutu < 10 mm			Taş boyutu 10–20 mm			Taş boyutu > 20 mm		
Değişken		**NUA n=107**	**UA n=33**	**p**	**NUA n=274**	**UA n=151**	**p**	**NUA n=46**	**UA n=43**	**p**
Taş boyutu (mm), medyan (IQR)		8 (2,2)	8 (1,5)	0,191	12,55 (4,2)	13,7 (5,0)	**0,026**	24 (4,25)	23 (7)	0,316
Operasyon süresi (dk), medyan (IQR)		35 (19)	35 (20)	0,867	50 (24)	53 (30)	0,068	67,5 (43)	80 (40)	0,882
Tassızlık	Var, n (%)	103 (%96,3)	31 (%93,9)	0,626	242 (%88,3)	118 (%78,1)	**0,007**	19 (%41,3)	20 (%46,5)	0,621
	Yok, n (%)	4 (%3,7)	2 (%6,1)		32 (%11,7)	33 (%21,9)		27 (%58,7)	23 (%53,5)	
Erken komplikasyon	Yok, n (%)	102 (%95,3)	32 (%97,0)	0,299	251 (%91,6)	133 (%88,1)	0,239	32 (%69,6)	36 (%83,7)	0,116
	Var, n (%)	5 (%4,7)	1 (%3,0)		23 (%8,4)	18 (%11,9)		14 (%30,4)	7 (%16,3)	
Geç komplikasyon	Yok, n (%)	107 (%100)	32 (%97,0)	1,000	271 (%98,9)	148 (%98,0)	0,671	45 (%97,8)	37 (%86,0)	0,053
	Var, n (%)	0 (%0)	1 (%3,0)		3 (%1,1)	3 (%2,0)		1 (%2,2)	6 (%14,0)	
Rezidü için reoperasyon	Yok, n (%)	107 (%100)	32 (%97,0)	0,236	253 (%92,3)	134 (%88,7)	0,214	27 (%58,7)	24 (%55,8)	0,832
	Var, n (%)	0 (%0)	1 (%3,0)		21 (%7,7)	17 (%11,3)		19 (%41,3)	19 (%44,2)	

SB-221) PSA YÜKSEKLİĞİ OLAN HASTALARDA SİSTEMATİK, KOGNİTİF VE FÜZYON PROSTAT BİYOPSİLERİNİN KLİNİK ANLAMLI PROSTAT KANSERİ SAPTAMA VE GEREKSİZ BİYOPSİ ORANLARI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI: TEK MERKEZLİ RETROSPEKTİF ÇALIŞMANIN ÖN VERİLERİ

İBRAHİM KARACA(1) AMİRREZA MOHAMMADI PAYANDEH(1) HÜSEYİN SAYGIN(1)

1. SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Prostat kanseri tanısında multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme (mpMRI) kullanımının yaygınlaşması ile birlikte prostat biyopsisi stratejileri önemli ölçüde değişmiştir. Günümüzde yalnızca PSA yüksekliğine dayanarak yapılan sistematik biyopsilerin, gereksiz biyopsi oranlarını artırabildiği ve klinik olarak önemsiz prostat kanserlerinin aşırı tanısına yol açabildiği bilinmektedir. Buna karşılık mpMRI temelli hedefe yönelik biyopsi yaklaşımlarının klinik anlamlı prostat kanseri saptama oranlarını artırabileceği ve gereksiz biyopsileri azaltabileceği düşünülmektedir.Bu çalışmada, PSA yüksekliği nedeniyle prostat biyopsisi yapılan hastalarda sistematik TRUS biyopsi, mpMRI sonrası kognitif hedefli TRUS biyopsi ve MR-US füzyon biyopsi yaklaşımlarının klinik anlamlı prostat kanseri saptama, negatif biyopsi ve gereksiz biyopsi oranları açısından karşılaştırılması amaçlandı. Ayrıca merkezimizde yıllar içerisinde değişen biyopsi stratejilerinin tanısal verimlilik üzerine etkisinin değerlendirilmesi hedeflendi.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu tek merkezli retrospektif çalışmaya Ocak 2000-Haziran 2026 tarihleri arasında PSA yüksekliği nedeniyle prostat biyopsisi yapılan 697 hasta dahil edildi. Hastalar sistematik TRUS biyopsi (n=301), kognitif hedefli TRUS biyopsi (n=296) ve MR-US füzyon biyopsi (n=100) olmak üzere üç gruba ayrıldı. Klinik anlamlı prostat kanseri ISUP 2 olarak tanımlandı. Gruplar klinik anlamlı prostat kanseri saptama ve gereksiz biyopsi oranları açısından karşılaştırıldı. Sürekli değişkenler medyan değerlerle, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis ve Ki-kare testleri kullanıldı. $p<0.05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 697 hastanın 301'i sistematik TRUS biyopsi, 296'sı kognitif hedefli TRUS biyopsi ve 100'ü MR-US füzyon biyopsi grubundaydı. Medyan PSA değerleri sistematik, kognitif ve füzyon gruplarında sırasıyla 8.86 ng/mL, 6.43 ng/mL ve 6.34 ng/mL idi. Klinik anlamlı prostat kanseri saptanma oranları sistematik biyopsi grubunda %21.9 (66/301), kognitif biyopsi grubunda %15.5 (46/296) ve füzyon biyopsi grubunda %27.0 (27/100) olarak bulundu ($p=0.024$). Gereksiz biyopsi oranları sırasıyla %78.1, %84.5 ve %73.0 idi ($p=0.024$). Negatif biyopsi oranları sistematik, kognitif ve füzyon gruplarında sırasıyla %65.8, %69.6 ve %55.0 olarak saptandı ($p=0.029$)(Tablo1-2)

SONUÇ

Bu tek merkezli retrospektif seride MR-US füzyon biyopsi grubunda klinik anlamlı prostat kanseri saptanma oranı daha yüksek, gereksiz biyopsi oranı ise daha düşük bulunmuştur. Bulgularımız, mpMRI temelli hedefe yönelik biyopsi yaklaşımlarının hasta seçimini iyileştirebileceğini ve gereksiz biyopsilerin azaltılmasına katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir. Füzyon biyopsi yaklaşımının klinik anlamlı prostat kanseri saptanmasında avantaj sağlayabileceği görülmüş olup, bu bulgunun prospektif ve çok merkezli çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

TABLO 1. Grupların demografik ve klinik özellikleri

Değişken	Sistematik TRUS (n=301)	Kognitif TRUS (n=296)	Füzyon TRUS (n=100)	p
Yaş (medyan)	66	65	67	-
PSA (ng/mL, medyan)	8.86	6.43	6.34	<0.001
Prostat hacmi (cc, medyan)	60	59.77	58	0.394

TABLO 2. Biyopsi sonuçlarının karşılaştırılması

Sonuç	Sistematik TRUS (n=301)	Kognitif TRUS (n=296)	Füzyon TRUS (n=100)	p
Negatif biyopsi	198 (%65.8)	206 (%69.6)	55 (%55.0)	0.029
Klinik anlamlı prostat kanseri (ISUP ≥2)	66 (%21.9)	46 (%15.5)	27 (%27.0)	0.024
Gereksiz biyopsi	235 (%78.1)	250 (%84.5)	73 (%73.0)	0.024

SB-222) RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİDE ASPİRASYONLU ÜRETERAL AKSES KILIFI: GELENEKSEL KILIFA ÜSTÜN MÜ?

ABDULLAH GÜL(1) SALİM ZENGİN(2)

1. SBÜ BURSA TIP FAKÜLTESİ, BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, BURSA
2. YENİKENT DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, SAKARYA

AMAÇ

Retrograd intrarenal cerrahi (RIRS), böbrek ve üst üreter taşlarının tedavisinde yaygın kullanılan minimal invaziv bir yöntemdir. Üreteral akses kılıfı (UAS), cerrahi sırasında intrarenal basıncın azaltılması ve endoskopik erişimin kolaylaştırılması açısından önemli bir rol oynar. Son yıllarda geliştirilen aspirasyon özellikli üreteral akses kılıfları (S-UAS), taş fragmanlarının aktif olarak uzaklaştırılmasını sağlayarak cerrahi etkinliği artırabilir. Bu çalışmada, RIRS sırasında kullanılan geleneksel UAS ile aspirasyon özellikli UAS'nin klinik sonuçlarının karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif kohort çalışmasına Aralık 2024 – Mayıs 2026 tarihleri arasında RIRS uygulanan 104 hasta dahil edildi. Hastalar kullanılan akses kılıfına göre iki gruba ayrıldı: geleneksel UAS (n=53) ve aspirasyon özellikli UAS (n=51). Demografik veriler, taş özellikleri, operasyon süresi, stone-free oranı (SFR), komplikasyonlar ve ek işlem gereksinimi değerlendirildi. Stone-free durumu, postoperatif görüntülemede 4 mm'den büyük rezidü fragman bulunmaması olarak tanımlandı.

BULGULAR

Gruplar arasında yaş, cinsiyet, BMI ve taş özellikleri açısından anlamlı fark saptanmadı. Erken dönem klinik olarak kabul edilebilir SFR aspirasyon özellikli UAS grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulundu (%82.0 vs %60.4, p=0.016). Birinci ay takipte stone-free oranları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Ek işlem gereksinimi aspirasyon özellikli UAS grubunda belirgin olarak daha düşüktü (%5.9 vs %22.6, p=0.015). Operasyon süresi, hastanede yatış süresi ve komplikasyon oranları açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi.

SONUÇ

RIRS sırasında aspirasyon özellikli üreteral akses kılıfı kullanımı, erken dönem stone-free oranlarını artırmakta ve ek girişim gereksinimini azaltmaktadır. Komplikasyon oranlarının benzer olması, bu yöntemin güvenli bir alternatif olduğunu düşündürmektedir. Özellikle büyük taşlar ve alt kaliks yerleşimli taşlarda aspirasyon özellikli akses kılıfının kullanımı cerrahi etkinliği artırabilir.

SB-223) BÖBREK TAŞLARININ YÖNETİMİNDE ORAL KEMOLİZ: BEKLENEN VE BEKLENMEYEN BAŞARILAR

ERDİNÇ DİNÇER(1) BÜNYAMİN ADIGÜZEL(1) MEHMET BALİ(1) CENGİZ ÇANAKCI(1) OSMAN MURAT İPEK(1) ORKUNT ÖZKAPTAN(1)

1. KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Rezidü böbrek taşları, endoürolojik cerrahi sonrası ek girişim gereksiniminin en önemli nedenlerinden biridir. Bu nedenle hem nüksü önleme hem de rezidü taş yönteminde; hem yaşam tarzı değişikliği ve hem de belirlenmiş taş tiplerinde oral ya da perkütan kemoliz yöntemleri geliştirilmiştir. Staghorn taşlarda ise standart tedavi yaklaşımı cerrahi ile tam taşsızlığın sağlanmasıdır. Tekrarlayan cerrahiler için alternatif tedavi amacıyla ürik taşlarında oral kemoliz geliştirilmiş olup büyük staghorn taş yükünün azaltılmasındaki rolü sınırlıdır. Strüvit taşında ise tanımlanan bir oral kemoliz tedavisi bulunmamakta olup Suby G çözeltisi gibi sitrik asit içeren solüsyonlar ile perkütan kemoliz önerilmektedir.

GEREÇ-YÖNTEM

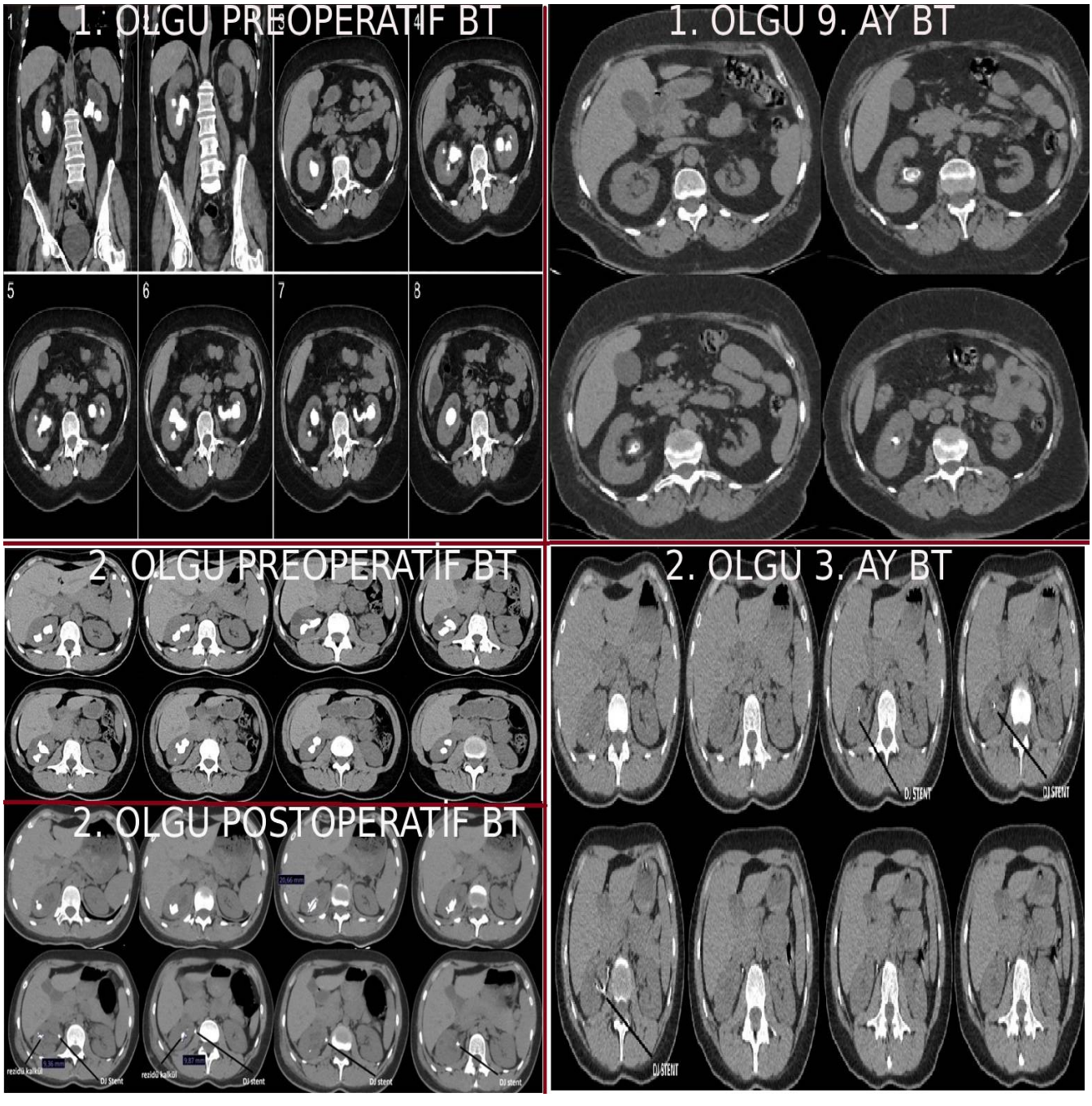
Bu sunumda, Oral kemolizin staghorn ürik taşındaki başarısını ve strüvit taşı sonrası idrar pH'ını düşüren yaşam tarzı değişikliği ve oral antibiyoterapi ile PNL sonrası beklenmedik şekilde rezidü taşın tam rezolüsyonu oluşması nedeniyle iki farklı taş kompozisyonuna sahip staghorn olgudaki bulgularımızı sunmayı planladık.

BULGULAR

İlk olgu, sol böbrek alt kalikste 35 mm ve renal pelvisten UPJ'ye uzanan 50 mm kalkül, ayrıca sağ böbrekte tüm kaliksleri dolduran staghorn kalkül nedeniyle kliniğimize refere edilen 60 yaşındaki hasta idi. Hastaya solda hidronefroz olması ve parankim incelmesi nedeniyle sol mini-PNL uygulandı ve sol böbrek taşsız hale getirildi. Taş analizinin ürik asit olması, sağ böbrekteki stahgorn kalkülün radyolojik bulgularının ürik asit taşı ile uyumlu olması ve metabolik analiz sonucunda hiperürisemi ve hiperürikozüri saptanması üzerine potasyum sitrat ve allopürinol 150 mg ile oral kemoliz planlandı. Hastanın 1. Ay kontrolünde sağdaki kalkülde parsiyel cevap görülmesi üzerine oral kemoliz devamı önerildi. 9. ay kontrolünde pelviste 15 mm kalkül kalması sağ RIRS planlandı.
İkinci olgu ise sağ böbreğinde tüm kaliksleri dolduran staghorn taşı bulunan hastaydı. Çift akses mini-PNL sonrasında üst polde yaklaşık 22 mm, alt kalikste ise 9 mm rezidü taş mevcuttu. Taş analizi strüvit olarak raporlandı. Hastaya ECIRS önerildi fakat hasta erken dönemde cerrahi ya da SWL kabul etmedi. İdrar pH: 7.5 olan ve strüvit taşı olan hastaya uzun dönem nitrofurontain ve cranberry tedavisi önerildi. 3. ayda kontrole gelen hastanın idrar pH'ının 6'ya gerilediği ve çekilen tomografide sağ böbreki rezidü taşların tamamının regrese olduğu gözlendi. Hastanın herhangi bir cerrahi tedavi almadığı, sadece verilen medikal tedaviye ek olarak yaşam tarzı değişikliği ve idrar pH'ını düşürmeye yönelik yoğurt suyu ile limon suyu içtiği öğrenildi.

SONUÇ

Kanıtlanmış ürik asit taşı olan hastalarda, staghorn taş olsa dahi oral kemoliz ile tama yakın tedavi cevabı alınabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca strüvit taşlı olguda gözlenen beklenmedik tam rezidü taş regresyonu, enfeksiyon kontrolü ve idrar pH'sındaki değişikliklerin rezidü taşların doğal seyri üzerindeki olası etkilerini araştıracak ileri çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.


1. OLGU PREOPERATİF BT
1. OLGU 9. AY BT
2. OLGU PREOPERATİF BT
2. OLGU 3. AY BT
2. OLGU POSTOPERATİF BT
DJ STENT
DJ STENT
DJ STENT
rezidü kalkül
DJ Stent
rezidü kalkül
DJ stent
DJ stent
DJ stent

SB-224) EFFECT OF PREOPERATİVE JJ STENTİNG ON THE SUCCESS AND COMPLİCATİONS OF RETROGRADE INTRARENAL SURGERY (RIRS): A RETROSPECTİVE COMPARATİVE STUDY

YUNUS EROL BOZKURT(1) AHMET YILMAZ(2)

1. MANİSA ŞEHİR HASTANESİ
2. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ

AMAÇ

Preoperative ureteral JJ stenting is commonly performed before retrograde intrarenal surgery (RIRS) to facilitate ureteral access sheath (UAS) placement through passive ureteral dilatation. However, its effect on surgical success remains controversial because stents are often placed in patients with more complex stones. This study evaluated the impact of preoperative JJ stenting on RIRS outcomes and complications.

GEREÇ-YÖNTEM

This retrospective single-center study included 70 patients who underwent RIRS for renal stones. Patients were divided into pre-stented (n=30) and non-stented (n=40) groups. Demographic characteristics, stone parameters, operative outcomes, stone-free status, retreatment, UAS placement, and Clavien-Dindo complications were compared. Continuous variables were analyzed using the Mann-Whitney U test and categorical variables using Fisher's exact test.

BULGULAR

Age and body mass index were comparable between groups. The pre-stented group had significantly larger stones (13.5 vs. 10.4 mm; $p<0.001$), higher stone density (1056 vs. 935 HU; $p=0.002$), and more severe hydronephrosis ($p=0.038$). UAS placement was more successful in pre-stented patients (97% vs. 75%; $p=0.019$). Overall stone-free rate was 74.3%. Stone-free status was lower (60% vs. 85%; $p=0.027$) and retreatment was more frequent (33% vs. 10%; $p=0.032$) in the pre-stented group. Operative time, single-session success, and complication rates, including fever, urosepsis, and ureteral injury, were similar between groups.

SONUÇ

Lower stone-free and higher retreatment rates in pre-stented patients most likely reflect selection bias related to greater stone burden rather than an adverse effect of stenting. The significantly higher UAS placement rate supports the role of preoperative JJ stenting in facilitating ureteral access in challenging cases. Prospective studies with adjustment for stone-related factors are needed to determine the true impact of routine preoperative stenting.

Variable	Pre-stented (n=30)	Non-stented (n=40)	p
Age (years)	49.5 [39.2-55.8]	50.5 [39.0-59.0]	0.757
Body mass index (kg/m2)	26.2 [24.3-30.3]	28.4 [25.8-30.1]	0.277
Diabetes mellitus, n (%)	6 (20%)	3 (8%)	0.158
Stone size (mm)	13.5 [12.4-15.5]	10.4 [8.9-12.6]	<0.001
Stone density (HU)	1056.0 [929.0-1243.0]	935.0 [715.0-1045.2]	0.002
Stone number	1.0 [1.0-2.0]	1.0 [1.0-2.0]	0.105
Hydronephrosis grade	2.0 [1.0-2.0]	1.0 [0.0-2.0]	0.038
Positive preoperative urine culture, n (%)	9 (30%)	4 (10%)	0.060
Perioperative outcomes	-	-	-
Access sheath placed, n (%)	29 (97%)	30 (75%)	0.019
Operative time (min)	61.5 [52.5-76.5]	61.5 [48.8-70.0]	0.514
Stone-free, n (%)	18 (60%)	34 (85%)	0.027
Single-session success, n (%)	18 (60%)	33 (82%)	0.056
Retreatment, n (%)	10 (33%)	4 (10%)	0.032
Hospital stay (days)	1.5 [1.0-2.0]	1.0 [1.0-2.0]	0.185
Complications	-	-	-
Postoperative fever, n (%)	4 (13%)	6 (15%)	1.000
Urosepsis, n (%)	1 (3%)	1 (2%)	1.000
Ureteral injury, n (%)	2 (7%)	4 (10%)	0.694
Readmission (30-day), n (%)	4 (13%)	1 (2%)	0.157

outcomes of the pre-stented and non-stented groups

SB-225) SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ'NDE SUPİN PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ DENEYİMİMİZ VE PRONE POZİSYON İLE KARŞILAŞTIRILMASI: TEK MERKEZ RETROSPEKTİF ANALİZ

İBRAHİM KARACA(1) İSMAİL EMRE ERGİN(1)

1. CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

AMAÇ

Bu çalışmada, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Üroloji Kliniği'nde uygulanan supin perkütan nefrolitotomi (PNL) olgularındaki deneyimimizin değerlendirilmesi ve aynı dönemde gerçekleştirilen prone PNL olguları ile perioperatif ve postoperatif sonuçlarının karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2022-Aralık 2025 tarihleri arasında PNL uygulanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar operasyon pozisyonuna göre supin ve prone olmak üzere iki gruba ayrıldı. Demografik özellikler, taş parametreleri, perioperatif bulgular ve postoperatif sonuçlar karşılaştırıldı. Postoperatif taşsızlık durumu bilgisayarlı tomografi veya direkt üriner sistem grafisi ile değerlendirildi. Dört milimetreden büyük rezidü fragmanlar klinik anlamlı rezidü taş olarak kabul edildi. Komplikasyonlar Clavien-Dindo sınıflamasına göre değerlendirildi.

BULGULAR

Toplam 299 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 153'ü supin, 146'sı prone PNL grubundaydı. Gruplar yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi açısından benzerdi. Prone grupta taş boyutu ve staghorn taş oranı daha yüksekti. Rezidü taş oranı supin grupta %32,0, prone grupta %43,2 olarak saptandı (p=0,047). Clavien ?2 komplikasyon oranı supin grupta %2,6, prone grupta %9,7 idi (p=0,014). Ortalama yatış süresi supin grupta 1,3 gün, prone grupta 2,8 gün olarak bulundu (p<0,001).Multivaryant analizde staghorn taş varlığının rezidü taş gelişiminde bağımsız belirleyici olduğu görüldü.

SONUÇ

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi deneyiminde supin PNL, düşük komplikasyon oranları ve kısa hastanede yatış süresi ile prone PNL'ye güvenli ve etkili bir alternatif yöntem olarak bulunmuştur.

Parametreler	Supin(153)	Prone(146)	p
Yaş	51.2 ± 15.9	50.7 ± 17.3	>0.05
BMI (kg/m²)	27.5 ± 5.0	27.3 ± 4.1	>0.05
Taş Boyutu(mm)	23.6 ± 9.6	28.0 ± 11.1	<0.05
HU	827.9 ± 312.7	867.1 ± 328.9	<0.05
Staghorn taş, n (%)	56 (%36.6)	84 (%57.5)	<0.05
Yatış süresi (gün)	1.33 ± 0.82	2.82 ± 1.53	<0.001

Demografik ve Preoperatif Veriler

Tablo 2. Cerrahi Sonuçlar

	Supin	Prone	p
Rezidü taş (%)	32,0	43,2	0,047
Clavien ≥2 komplikasyon (%)	2,6	9,7	0,014

SB-226) ÜST ÜRİNER SİSTEMDE FİBROEPİTELYAL POLİPLER: DÖRT OLGU SUNUMU

UGUR AYDIN(1) ZIHNI CAN DAGDEVIREN(1) ENGIN DEREKOYLU(1) EMRE AKAR(1) EREN CAN AYDIN(1) HASAN DELİKTAS(1) YELDA DERE(1)

1. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Üriner sistemde nadir görülen benign mezenkimal tümörler olan fibroepitelyal poliplerin (FEP) klinik, radyolojik ve histopatolojik özelliklerini, tanı ve tedavi yaklaşımlarını dört farklı olgu üzerinden sunarak, bu lezyonların ayırıcı tanısındaki zorluklara ve yönetim stratejilerine dikkat çekmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu çalışmada, üriner sistemde FEP tanısı almış dört hastanın (yaşları 55-59 arasında değişen, 3 kadın, 1 erkek) klinik kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların demografik verileri başvuru şikayetleri, radyolojik görüntüleme bulguları, uygulanan endoskopik girişimler ve histopatolojik tanı sonuçları değerlendirilmiştir. Tüm olgularda kesin tanı, biyopsi veya eksizyon materyalinin histopatolojik incelemesi ile konulmuştur.

BULGULAR

Olgu 1: Sol distal üreterde 1 cm FEP ve proksimalinde mukozaya impakte 1 cm üreter taşı saptanan 55 yaşındaki kadın hastaya URS ile taş kırma ve lazer ile polip eksizyonu yapılmış, ardından gelişen üreter darlığı nedeniyle post op 6.ayda balon dilatasyon uygulanmıştır. Histopatoloji FEP ile uyumludur. 9 aylık takipte darlık nüks etmesi nedeniyle UNC operasyonu kararı alınmıştır

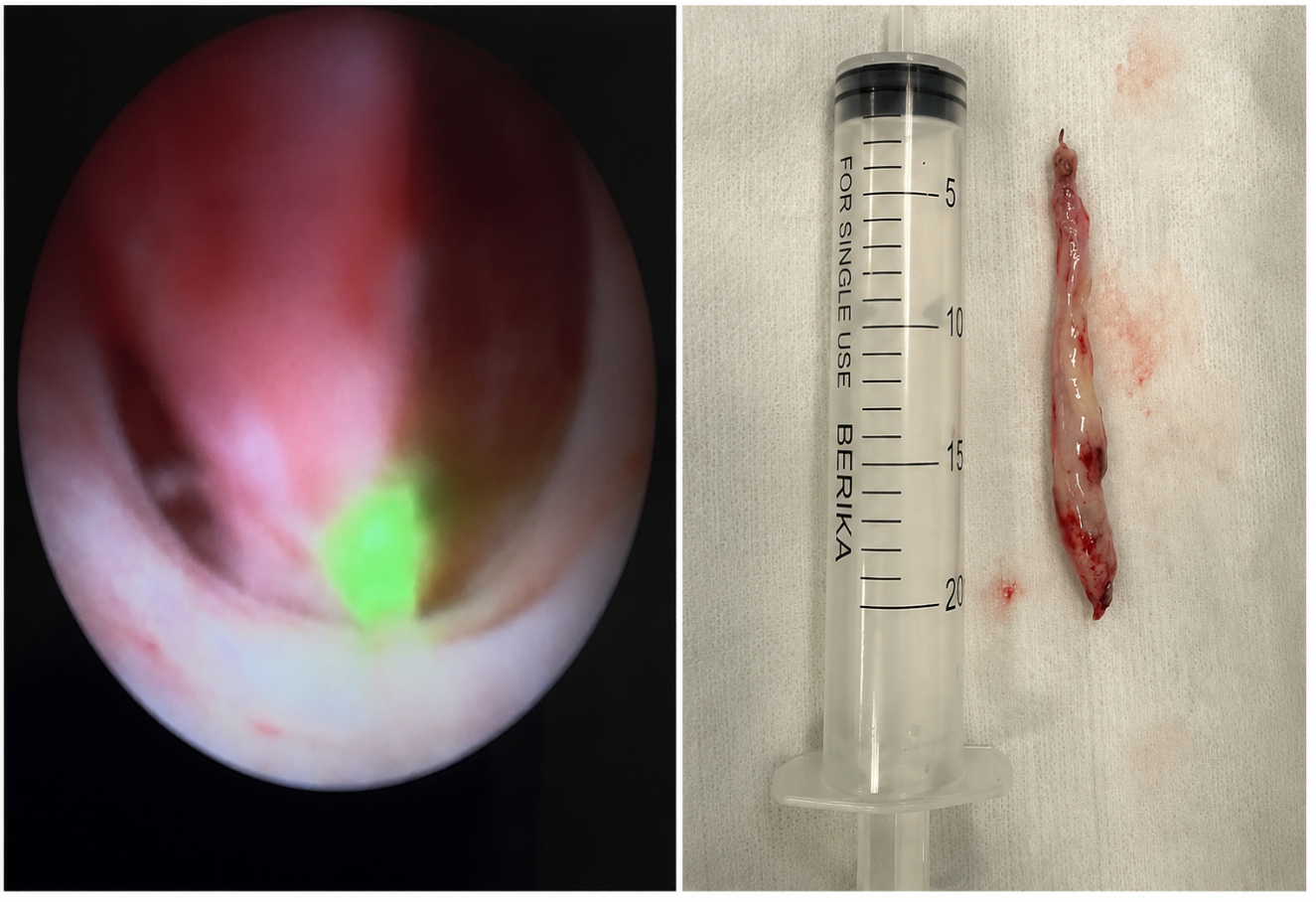
Olgu 2: Karaciğer adeno ca takibi nedeniyle çekilen kontrol BT'de mesanede polipoid lezyon ve sol üreterde dilatasyon ve yer kaplayıcı lezyon ile başvuran 55 yaşındaki kadın hastada, mesane sol yan duvarda 3 cm papiller lezyona TUR-M ve sol üreter lümeninde 1*10 cm saplı kitleye lazer ile eksizyon yapılmıştır. Mesane lezyonu düşük dereceli ürotelyal karsinom olarak raporlanırken, üreterdeki kitle FEP olarak doğrulanmıştır. 15 aylık takipte mesanede yeni tümör ve üst üriner sistemde dilatasyon saptanmamıştır.

Olgu 3: Sol yan ağrısı nedeni ile çekilen BT de sol proksimal üreterde 12 mm taş saptanan 56 yaşındaki erkek hastaya, URS sırasında taşın distalinde lümeni daraltan 1 cm polip saptanmış ve URS ile taş kırma ve polip eksizyonu yapılmıştır. Histopatolojik inceleme FEP ile uyumludur. Post op 4.ay DJS çevresinde rezidü taş saptanması nedeniyle Re-URS planlanmış, rezidü taşlar kırılmış ve FEB nüksü ve darlık saptanmamıştır.

Olgu 4: Sağ yan ağrısı nedeniyle başvuran 59 yaş kadın hasta, BT'de proksimal üreterde 7 mm taş nedeniyle RIRS yapılmış ve proksimal üreterde taş distalinde lümeni daraltan 1 cm polip saptanmıştır. Taş lazer ile kırılmış ve ilgili lezyondan punch biyopsi uygulanmıştır. Biyopsi sonucu FEP olarak raporlanmıştır. Hasta 3 aylık takibinde çekilen kontrol USG'de üst üriner sistemde dilatasyon saptanmamıştır.Genel olarak, olguların çoğunda FEP'lere üreter darlığı, ürolitiyazis ve hidronefroz eşlik etmiştir. Tanısal süreçte radyolojik görüntüleme ve endoskopik inceleme önemli rol oynamış, kesin tanı histopatolojik olarak konulmuştur. Tedavide endoskopik yaklaşımlar tercih edilmiştir.

SONUÇ

Üriner sistem fibroepitelyal polipler, klinik ve radyolojik olarak ürolitiyazise eşlik edebilen veya ürotelyal karsinom gibi daha sık görülen patolojileri taklit edebilen benign lezyonlardır. Özellikle üreteral obstrüksiyon, sebat eden üreteral taş veya dolum defekti olan hastalarda ayırıcı tanıda FEP akılda tutulmalıdır. Kesin tanı için histopatolojik değerlendirme esastır. Endoskopik yöntemler, FEP'lerin hem tanısında hem de tedavisinde güvenli ve etkili bir seçenek sunmaktadır. Bu olgu serisi, FEP'lerin farklı klinik prezentasyonlarını ve yönetim stratejilerini vurgulamaktadır. Gereksiz radikal cerrahi girişimlerden kaçınmak için dikkatli değerlendirilme büyük önem taşımaktadır.



Olgu 2: endoskopik müdahale ve eksizyon materyali

SB-227) PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ AMELİYATINDA HİDRONEFROZUN PERKÜTAN ERİŞİM VE TAŞSIZLIK ORANLARINA ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

ALİ NİHAT GÖKCAN(1) ADEM TUNÇEKİN(1) YASİN AKTAŞ(1)

1. UŞAK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Perkütan nefrolitotomi (PNL), büyük ve kompleks böbrek taşlarının tedavisinde etkin ve güvenilir bir yöntemdir. Hidronefrozun toplayıcı sistem dilatasyonu nedeniyle perkütan erişimi kolaylaştırabileceği, ancak taşsızlık oranları üzerine etkisinin net olmadığı bildirilmektedir. Bu çalışmada, preoperatif hidronefrozun PNL'de perkütan erişim başarısı ve postoperatif taşsızlık oranları üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2020-Aralık 2025 tarihleri arasında kliniğimizde PNL uygulanan toplam 240 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastalar preoperatif görüntüleme bulgularına göre hidronefroz olmayan (Grup 1, n=82), hafif-orta derecede(grade 1-2) hidronefrozlu (Grup 2, n=96) ve ileri derecede(grade 3-4) hidronefrozlu (Grup 3, n=62) olmak üzere üç gruba ayrıldı. Demografik veriler, taş özellikleri, giriş sayısı, floroskopi süresi, operasyon süresi, komplikasyonlar ve postoperatif taşsızlık oranları karşılaştırıldı. Taşsızlık, postoperatif birinci ayda yapılan görüntülemede ?4 mm rezidü taş saptanmaması olarak tanımlandı.

BULGULAR

Gruplar arasında yaş, cinsiyet dağılımı, taş boyutu ve taş yükü açısından anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). İlk girişte başarılı kaliks erişimi oranları sırasıyla Grup 1'de %84,1, Grup 2'de %90,6 ve Grup 3'te %96,8 olarak bulundu (p=0,018). Ortalama floroskopi süresi hidronefroz olmayan grupta 5,8±2,1 dakika, hafif-orta hidronefroz grubunda 4,9±1,8 dakika ve ileri hidronefroz grubunda 4,1±1,6 dakika olup, gruplar arasında anlamlı fark saptandı (p=0,011). Ortalama operasyon süresi (87,4±21,6 dk, 84,9±20,3 dk ve 82,1±19,7 dk; p=0,364) ve Clavien ?3 komplikasyon oranları (%7,3, %6,2 ve %4,8; p=0,721) benzerdi.

Postoperatif taşsızlık oranları Grup 1'de %81,7, Grup 2'de %84,4 ve Grup 3'te %82,3 olarak bulundu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,763).

SONUÇ

Hidronefroz varlığı, özellikle ileri dereceli olgularda PNL sırasında perkütan erişimi kolaylaştırmakta ve floroskopi süresini azaltmaktadır. Bununla birlikte, hidronefroz derecesinin postoperatif taşsızlık oranları ve komplikasyonlar üzerine anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır. Bulgularımız, literatürle uyumlu olarak hidronefrozun teknik açıdan avantaj sağladığını, ancak cerrahi başarının temel belirleyicisinin taş özellikleri ve cerrahi deneyim olduğunu göstermektedir.

Parametre	Hidronefroz Yok (n=82)	Hafif-Orta Hidronefroz (n=96) İleri Hidronefroz (n=62)	leri Hidronefroz (n=62)	p değeri
Yaş (yıl)	49,8 ± 13,2	51,1 ± 12,5	50,4 ± 11,9	0,782
Erkek cinsiyet, n (%)	51 (%62,2)	59 (%61,5)	38 (%61,3)	0,991
Taş boyutu (mm)	26,4 ± 8,1	27,2 ± 8,7	28,1 ± 9,0	0,563
Taş yükü (mm²)	684 ± 298	712 ± 325	735 ± 341	0,618
Staghorn taş, n (%)	18 (%22,0)	23 (%24,0)	16 (%25,8)	0,847
İlk girişte başarılı kaliks erişimi, n (%)	69 (%84,1)	87 (%90,6)	60 (%96,8)	0,018
Floroskopi süresi (dk)	5,8 ± 2,1	4,9 ± 1,8	4,1 ± 1,6	0,011
Operasyon süresi (dk)	87,4 ± 21,6	84,9 ± 20,3	82,1 ± 19,7	0,364
Hastanede kalış süresi (gün)	3,4 ± 1,2	3,2 ± 1,1	3,1 ± 1,0	0,418
Clavien >2 komplikasyon, n (%)	6 (%7,3)	6 (%6,2)	3 (%4,8)	0,721
Taşsızlık oranı, n (%)	67 (%81,7)	81 (%84,4)	51 (%82,3)	0,763

Hidronefroz derecesine göre hastaların demografik ve perioperatif özellikleri

SB-228) LAPAROSKOPİK BASİT NEFREKTOMİDE E-PASS VE MODİFİYE E-PASS SKORLARININ POSTOPERATİF KOMPLİKASYONLARI ÖNGÖRMEDEKİ ROLÜ

ÜMİT UYSAL(1) SERKAN TUĞRUL(1) ERGÜN ALMA(1)

1. ADANA ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Laparoskopik basit nefrektomi, benign böbrek hastalıklarında uygulanan minimal invaziv bir cerrahi yöntemdir. Ancak kronik piyelonefrit, taş ilişkili inflamasyon, apse ve yoğun yapışıklık gibi durumlarda cerrahi zorluk ve postoperatif komplikasyon riski artabilmektedir. Bu nedenle komplikasyon riskinin güvenilir şekilde öngörülmesi klinik karar verme açısından önemlidir. Bu çalışmada, Fizyolojik Kapasite ve Cerrahi Stres Tahmini (E-PASS) ile Modifiye E-PASS (mE-PASS) skorlarının laparoskopik basit nefrektomi uygulanan hastalarda postoperatif komplikasyonları öngörmedeki performansının karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif çalışmaya Ocak 2022–Mart 2025 tarihleri arasında benign nedenlerle laparoskopik basit nefrektomi uygulanan 46 hasta dahil edildi. Postoperatif komplikasyonlar Clavien–Dindo sınıflamasına göre değerlendirildi ve derece ?2 komplikasyonlar klinik olarak anlamlı kabul edildi. Demografik özellikler, komorbiditeler, preoperatif klinik ve laboratuvar verileri, perioperatif bulgular ile E-PASS bileşenleri [preoperatif risk skoru (PRS), cerrahi stres skoru (SSS) ve kapsamlı risk skoru (CRS)] ile modifiye E-PASS kapsamlı risk skoru (CRSf) analiz edildi. Sürekli değişkenlerin dağılımı Shapiro–Wilk testi ile değerlendirildi. Normal dağılım göstermeyen veriler medyan olarak sunuldu. Gruplar arası karşılaştırmalarda Mann–Whitney U testi, Pearson ki-kare veya Fisher kesin testi kullanıldı. E-PASS CRS ve mE-PASS CRSf değerlerinin postoperatif komplikasyonları öngörmedeki performansı ROC eğrisi analizi ile değerlendirildi. Eğri altında kalan alan (AUC), %95 güven aralığı, optimal kesim değeri, duyarlılık ve özgüllük hesaplandı. p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 46 hastanın 10'unda (%21,7) postoperatif derece ?2 komplikasyon gelişti. Histopatolojik incelemede en sık kronik piyelonefrit (%58,7), ardından taş ilişkili kronik piyelonefrit (%21,7), apse/enflamasyon (%13,0), ksantogranülomatöz piyelonefrit (%4,3) ve papiller adenom (%2,2) saptandı. Komplikasyon gelişen ve gelişmeyen gruplar arasında yaş, vücut kitle indeksi, böbrek boyutu, operasyon süresi, PRS, nötrofil/lenfosit oranı ve trombosit/lenfosit oranı açısından anlamlı fark bulunmadı. Komplikasyon gelişen hastalarda vücut ağırlığı daha düşük (p=0,015), intraoperatif kan kaybı, transfüzyon gereksinimi ve hastanede kalış süresi ise anlamlı olarak daha yüksekti (tümü p<0,001). Ayrıca preoperatif enfeksiyon ile başvuru postoperatif komplikasyon gelişimi ile ilişkili bulundu (p<0,001). E-PASS bileşenleri değerlendirildiğinde PRS ile komplikasyon gelişimi arasında ilişki saptanmazken, SSS ve E-PASS CRS komplikasyon gelişen hastalarda anlamlı olarak daha yüksekti. Buna karşın mE-PASS CRSf açısından anlamlı fark saptanmadı (p=0,841) (Tablo 1). ROC analizinde E-PASS CRS postoperatif komplikasyonları öngörmede anlamlı ayırt edici performans gösterdi (AUC=0,785; %95 GA: 0,628–0,941; p=0,006). Optimal kesim değeri 0,075 olup duyarlılık %80, özgüllük %61,1 olarak hesaplandı. mE-PASS CRSf ise anlamlı ayırt edici performans göstermedi (AUC=0,521; %95 GA: 0,297–0,745; p=0,842) .

SONUÇ

Laparoskopik basit nefrektomi uygulanan hastalarda E-PASS, postoperatif komplikasyonları öngörmede kabul edilebilir performans gösterirken mE-PASS göstermedi. E-PASS, bu hasta grubunda komplikasyon riskinin değerlendirilmesinde yararlı bir araç olabilir.

Tablo 1. Laparoskopik basit nefrektomi sonrası postoperatif komplikasyon gelişen ve gelişmeyen hastaların demografik, klinik, operatif ve E-PASS değişkenlerinin karşılaştırılması

Değişken	Toplam (N=46)	Komplikasyon gelişmeyen (n=36)	Komplikasyon gelişen (n=10)	p
Cinsiyet				0.723
Erkek	17 (37.0)	14 (38.9)	3 (30.0)	
Kadın	29 (63.0)	22 (61.1)	7 (70.0)	
Yaş (yıl)	52 (21)	52 (20.5)	51 (37)	0.989
Vücut ağırlığı (kg)	76 (16)	78 (13)	67.5 (16)	0.015
Vücut kitle indeksi (kg/m²)	26.5 (4.8)	26.86 (4.05)	23.87 (5.14)	0.068
ASA skoru				0.219
ASA 1	3 (6.5)	2 (5.6)	1 (10.0)	
ASA 2	33 (71.7)	28 (77.8)	5 (50.0)	
ASA 3	10 (21.7)	6 (16.7)	4 (40.0)	
Lezyon tarafı				1.000
Sağ	21 (45.7)	16 (44.4)	5 (50.0)	
Sol	25 (54.3)	20 (55.6)	5 (50.0)	
Preoperatif başvuru nedeni				<0.001
İnsidental	8 (17.4)	8 (22.2)	0 (0)	
Ağrı	33 (71.7)	27 (75.0)	6 (60.0)	
Enfeksiyon	4 (8.7)	0 (0)	4 (40.0)	
Hipertansiyon	1 (2.2)	1 (2.8)	0 (0)	
Böbrek boyutu (mm)	75 (45)	75 (50)	76 (34)	0.800
Nötrofil/lenfosit oranı	2.68 (1.90)	2.70 (1.76)	2.64 (3.16)	0.884
Trombosit/lenfosit oranı	139.2 (90.0)	137.68 (85.86)	146.28 (129.35)	0.790
Abdominal cerrahi öyküsü				1.000
Hayır	27 (58.7)	21 (58.3)	6 (60.0)	
Evet	19 (41.3)	15 (41.7)	4 (40.0)	
Kardiyak komorbidite				0.115
Hayır	43 (93.5)	35 (97.2)	8 (80.0)	
Evet	3 (6.5)	1 (2.8)	2 (20.0)	
Pulmoner komorbidite				0.061
Hayır	41 (89.1)	34 (94.4)	7 (70.0)	
Evet	5 (10.9)	2 (5.6)	3 (30.0)	
Diyabetes mellitus				0.240
Hayır	33 (71.7)	24 (66.7)	9 (90.0)	
Evet	13 (28.3)	12 (33.3)	1 (10.0)	
Tahmini kan kaybı (mL)	75 (70)	75 (10)	725 (525)	<0.001
Transfüzyon				<0.001
Hayır	38 (82.6)	36 (100)	2 (20.0)	
Evet	8 (17.4)	0 (0)	8 (80.0)	
Operasyon süresi (dk)	125 (50)	125 (50)	132.5 (65)	0.198
Hastanede kalış süresi (gün)	4 (1)	4 (1)	4.5 (10)	<0.001
Preoperatif risk skoru	0.39 (0.25)	0.39 (0.25)	0.33 (0.46)	0.790
Cerrahi stres skoru	-0.04 (0.35)	-0.04 (0.35)	0.255 (0.13)	<0.001
E-PASS kapsamlı risk skoru	-0.005 (0.37)	-0.005 (0.37)	0.185 (0.52)	0.006
Modifiye E-PASS kapsamlı risk skoru	0.37 (0.14)	0.37 (0.14)	0.33 (0.27)	0.841

SB-229) ALT POL BÖBREK TAŞLARINDA RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİDE LAZER ENERJİSİ, LAZER SÜRESİ VE OPERASYON SÜRESİYLE İLİŞKİLİ TAŞ VE ANATOMİK FAKTÖRLER

HALİL İBRAHİM TARHAN(1) ABDULBAKİ KALKAN(1) DENİZ BARALI(1) ANIL ERKAN(1) MUHAMMET GÜZELSOY(1)

1. BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Bu çalışmada, alt pol böbrek taşı nedeniyle RIRC uygulanan ve rezidü fragman saptanmayan olgularda toplam lazer enerjisi, lazer süresi ve operasyon süresinin taş hacmi, HU ortalaması, alt pol anatomisi ve taş kompleksite skorlarıyla ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif çalışmaya, alt pol böbrek taşı nedeniyle RIRC uygulanan ve postoperatif 1. ayda klinik rutin doğrultusunda direkt üriner sistem grafisi veya gerektiğinde abdominal BT ile yapılan değerlendirmede rezidü fragman saptanmayan 44 hasta dahil edildi. Rezidü fragman saptanan hastalar dışlanarak, analiz başarılı tedaviye ulaşmak için gereken toplam lazer enerjisi, lazer süresi ve operasyon süresini etkileyen faktörlere odaklandı. Tüm olgularda litotripsi 30W Holmium:YAG lazer ile dusting prensibine uygun olarak gerçekleştirildi. Taş hacmi BT'de ölçülen uzunluk, genişlik ve derinlik değerleri kullanılarak elipsoid formülle hesaplandı; taş yoğunluğu ortalama HU değeri olarak kaydedildi. Alt pol anatomisi infundibulopelvik açı, infundibular uzunluk ve infundibular genişlik ile değerlendirildi. RUSS ve R.I.R.S skorları, RIRC sonrası taşsızlık başarısı ile taş/anatomik kompleksiteyi değerlendiren skorlar olarak hesaplandı. Temel sonuç değişkenleri toplam lazer enerjisi, lazer süresi ve operasyon süresiydi. Değişkenler medyan ve IQR ile sunuldu. İlişkiler Spearman korelasyon analiziyle, bağımsız ilişkili faktörler ise örneklem büyüklüğü dikkate alınarak sınırlı sayıda klinik değişken içeren çok değişkenli lineer regresyon modelleriyle değerlendirildi. Çoklu doğrusal bağlantı VIF ile incelendi ve $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 44 hastanın demografik, taş, anatomik ve operasyonel özellikleri Tablo 1'de sunuldu. Spearman korelasyon analizinde taş hacmi; toplam lazer enerjisi ($r=0,683$; $p<0,001$), lazer süresi ($r=0,731$; $p<0,001$) ve operasyon süresi ($r=0,420$; $p=0,005$) ile anlamlı pozitif korelasyon gösterdi. HU ortalaması toplam lazer enerjisi ($r=0,417$; $p=0,005$) ve lazer süresiyle ($r=0,451$; $p=0,002$) ilişkiliyken, operasyon süresiyle ilişkili değildi. Alt pol anatomik parametrelerinden yalnızca infundibular uzunluk operasyon süresiyle zayıf pozitif korelasyon gösterdi ($r=0,327$; $p=0,030$); infundibulopelvik açı ve infundibular genişlik ile anlamlı ilişki saptanmadı. R.I.R.S skoru, toplam lazer enerjisi ($r=0,491$; $p=0,001$), lazer süresi ($r=0,568$; $p<0,001$) ve operasyon süresiyle ($r=0,400$; $p=0,007$) pozitif koreleydi; RUSS skoru bu parametrelerle ilişkili değildi. Çok değişkenli regresyonda toplam lazer enerjisi ve lazer süresi için taş hacmi ve HU ortalaması bağımsız ilişkili faktörlerdi ($R^2=0,475$ ve $R^2=0,583$; $p<0,001$). Operasyon süresi modeli anlamlı ancak sınırlı açıklayıcılıktaydı ($R^2=0,239$; $p=0,004$); bu modelde taş hacmi ve R.I.R.S skoru operasyon süresiyle bağımsız ilişkiliydi. VIF değerleri 1,005–1,086 idi.

SONUÇ

Rezidüsüz alt pol böbrek taşı olgularında operasyon süresi, tekil alt pol anatomik ölçümlerden çok taş hacmi ve R.I.R.S skoru ile ilişkili bulundu. Lazer enerjisi ve lazer süresi ise taş hacmi ve HU ortalamasıyla ilişkiliydi. Bu bulgular, rezidüsüz sonuca ulaşılan alt pol RIRC olgularında işlem süresinin değerlendirilmesinde taş hacmine ek olarak kompozit anatomik/teknik kompleksite skorlarının da dikkate alınabileceğini düşündürmektedir.

Descriptive Statistics Table

Parametre	n (%)	Medyan	IQR	Minimum	Maksimum
Kadın cinsiyet	20 (45.45)				
Erkek cinsiyet	24 (54.55)				
Yaş		48	21	16	78
Taş Hacmi, mm^3		456,86	652,36	25,75	3200,55
HU ortalaması		938	478	351	1519
İnfundibulopelvik Açı, °		53,5	11,1	30,8	81
İnfundibular Uzunluk, mm		25,2	6,4	12	35
İnfundibular Genişlik, mm		6,7	3,9	2,6	13
R.I.R.S skoru		6	1	5	8
Toplam Enerji, J		10300	10699	303	40600
Lazer Süresi, sn		702	637	35	2288
Operasyon Süresi, dk		53	25	11	110

SB-230) PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONRASI TAŞ ETİYOLOJİSİ DEĞERLENDİRMESİ VE METAFİLAKSİ UYUMUNUN GERÇEK HAYAT VERİLERİ İLE İNCELENMESİ

İSMET EREN SARI(1) ÖZGÜN DOĞA KOLUAÇIK(1) MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1) İLHAN ÇELEBİ(1)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Perkütan nefrolitotomi (PCNL) operasyonu geçiren hastaların postoperatif dönemde taş etiyolojisine yönelik metabolik değerlendirme (kan/idrar), taş analizi yaptırma durumlarını, medikal tedaviye uyumlarını ve bu faktörlerin taş nüksü üzerindeki etkilerini gerçek hayat verileriyle incelemektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Mayıs 2025 - Mayıs 2026 tarihleri arasında kliniğimizde PCNL uygulanan 127 hastadan anket çalışmasına katılımı kabul eden ve verileri eksiksiz olan 38 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri (yaş, cinsiyet, BMI, eğitim durumu, meslek), postoperatif dönemde biyokimyasal kan ve idrar tetkiki yaptırma durumları, taş analizi sonuçları, medikal koruyucu tedavi alıp almadıkları ve taş nüksü öyküleri sorgulandı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 38 hastanın 22'si (%57.9) erkek, 16'sı (%42.1) kadındı. Hastaların ortanca yaşı 50.4 yıl, ortalama BMI değeri 26.1 ± 4.3 kg/m² ve günlük ortalama su tüketimi 1.87 ± 0.8 litreydi. Postoperatif dönemde taş etiyolojisini araştırmak amacıyla biyokimyasal kan testi yaptırma oranı %18.4 (n=7), idrar tetkiki yaptırma oranı ise %15.8 (n=6) olarak bulundu. Hastaların %44.7'si (n=17) taş analizi yaptırmıştı. Analiz sonuçlarında en sık kalsiyum oksalat (%70.5, n=12) saptanırken, 2 hastada sistin taşı (%11.7) raporlandı. Tekrar taş oluşumunu engellemek amacıyla medikal tedavi alma oranı %18.4 (n=7) idi. Takip süresince toplam 5 hastada (%13.2) taş nüksü saptandı. Taş analizi yaptıran hastaların hiçbirinde nüks izlenmezken, yaptırmayan hastaların %23.8'inde (n=5) nüks gelişti. Benzer şekilde, koruyucu medikal tedavi alan hastaların hiçbirinde nüks görülmezken, tedavi almayan hastaların %16.1'inde (n=5) taş nüksü izlendi.

SONUÇ

PCNL uygulanan hastalar kılavuzlara göre taş nüksü açısından yüksek riskli kabul edilmekte ve tam metabolik değerlendirme önerilmektedir. Ancak gerçek hayat verilerimizde, ameliyat sonrası metabolik kan/idrar tetkikleri ve taş analizi yaptırma oranlarının oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Taş analizinin yapılması ve koruyucu medikal tedavinin başlanması taş nüksünü belirgin şekilde önlemektedir. Operasyon sonrasında hastaları metafilaksi zincirine dahil etme konusunda farkındalığının artırılması ve hasta uyumunun desteklenmesi nüks oranlarını düşürecektir.

-	_	__	___
Yaş (Yıl) (Ortanca) (Min-Max)	50.4 (5-88)	-	-
BMI, kg/m²	26.1 ± 4.3	-	-
Günlük Ortalama Su Tüketimi (Litre) Ortalama ± SD	1.8 ± 0.8	-	-
Cinsiyet	Erkek	22	%57.9
-	Kadın	16	%42.1
Eğitim Durumu	İlkokul	10	%26.3
-	Lise	15	%39.5
-	Üniversite	7	%18.4
-	Lisansüstü	3	%7.9
-	Pediatrik Hasta (Çocuk)	3	%7.9
Postoperatif Metabolik Değerlendirme	Biyokimyasal Kan Testi Yapılan	7	%18.4
-	İdrar Tetkikleri Yapılan	6	%15.8
Taş Analizi Yaptırma Durumu	Yaptıran	17	%44.7
-	Yaptırmayan	21	%55.3
Taş Analiz Sonuçları (n = 17)	Kalsiyum Oksalat	12	%70.6
-	Sistin	2	%11.8
-	Diğer (Mikst / Apatit / Mikst)	3	%17.6
Tekrar Taş Oluşmaması İçin Medikal Tedavi	Alan	7	%18.4
-	Almayan	31	%81.6
Taş Analizine Göre Nüks Dağılımı	Analiz Yaptıran grupta nüks:	0 / 17	%0.0
-	Analiz Yaptırmayan grupta nüks:	5 / 21	%23.8
Medikal Tedaviye Göre Nüks Dağılımı	Tedavi Alan grupta nüks:	0/7	-
-	Tedavi Almayan grupta nüks:	5 / 31	%16.1

PCNL Sonrası Hastaların Demografik Verileri, Kılavuz Parametrelerine Uyum ve Taş Nüksü İlişkisi

SB-231) İLERİ YAŞTA DİSTANSİYON İLE PREZENTE OLAN BİLATERAL ÇİFT TOPLAYICI SİSTEM: DİLATE ALT POL EKTOPİK ÜRETER ORİFİSİ İLE NADİR BİR OLGU

BURAK ELMAS(1) KADİR ŞEREFHAN ERTEN(2) MUSTAFA ÖZGÜR TAN(2) ÖZDEMİR SERHAT GÜROCAK(2)

1. Kızılcahamam devlet hastanesi
2. Gazi üniversitesi tıp fakultesi

AMAÇ

Böbrek toplayıcı sisteminin duplikasyonu, en yaygın ürolojik anormalliklerden biridir. Duplikasyon anomalilerinde klasik drenaj paterni Weigert–Meyer kuralı ile şöyle özetlenir: üst pol üreteri genellikle daha inferomediale açılarak obstrüksiyon veya üreterosel ve ektopik orifis ile ilişlikiyken; alt pol üreteri ise daha superolateral yerleşim ve VUR ile ilişkilidir. EAU Pediatrik Üroloji kılavuzu da dupleks sistemlerde üreteroselin çoğunlukla üst pol üreterine ait olduğunu vurgular. Çoğunlukla hastalar küçük yaşta İYE, inkontinans ve VUR gibi durumlar araştırılır iken tanı alır. Yetişkin ve ileri yaşta semptomatik olması oldukça nadir saptanır. Böbrek alt polün ileri derece dilate ve ektopik orifis yerleşimine sahip Weigert- Meyer kuralına bir istisna ve ileri yaş nadir bir vakayı bildiriyoruz.

GEREÇ-YÖNTEM

71 yaşında erkek hasta, özellikle son iki yıl içinde progresif artış gösteren distansiyon yakınmasıyla başvurdu. Özgeçmişinde aritmi dışında ek özellik bulunmuyordu ve hastada geçirilmiş cerrahi öyküsü bulunmamaktaydı.

Kontrastlı abdomen bilgisayarlı tomografisinde, sol böbrek lateralinden başlayarak sol böbrek üst polünü mediale ve kraniyale deplase eden, karın orta hattını geçerek karşı tarafa uzanan ve sol seminal vezikül komşuluğundan ilerleyerek prostat seviyesine kadar devam eden ileri derecede dilate çift toplayıcı sistem saptandı. Piyelogram fazında sol böbrek üst polü drene eden üreterinin belirgin şekilde anteriora deplase olarak karın ön duvarına kadar itildiği izlendi. Ayrıca sağ böbrekte de çift toplayıcı sistem mevcuttu (Resim 1).

Kitle etkisine bağlı abdominal organ basısını azaltmak amacıyla, sol böbrek alt pol ile ilişkili kistik/dilate sisteme nefrostomi kateteri yerleştirildi ve kistik yapı uzun süreye yayılmış, düşük debili drenaj şeklinde kontrollü olarak boşaltıldı.

Bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra hastaya sistoskopi ve tanısal üreterorenoskopi uygulandı. Sistoskopide sağ üreter orifisinin doğal lokalizasyonunda ve tek olduğu görüldü. Sol böbrek üst pol drenajını sağlayan üreter orifisi doğal konumdaydı. Bununla birlikte, belirgin dilate alt pol sistemini drene eden üreter orifisinin intraprostatik yerleşimli olduğu, verumontanumun yaklaşık 1 cm proksimaline açıldığı ve orifis düzeyinin membranöz bir yapı ile örtülü olduğu saptandı. Membranöz yapı kılavuz tel ile delinerek geçildi; orifisten renoskop ile ilerlenerek üreterin ileri derecede dilate ve tortiyöz olduğu izlendi (Resim 2).

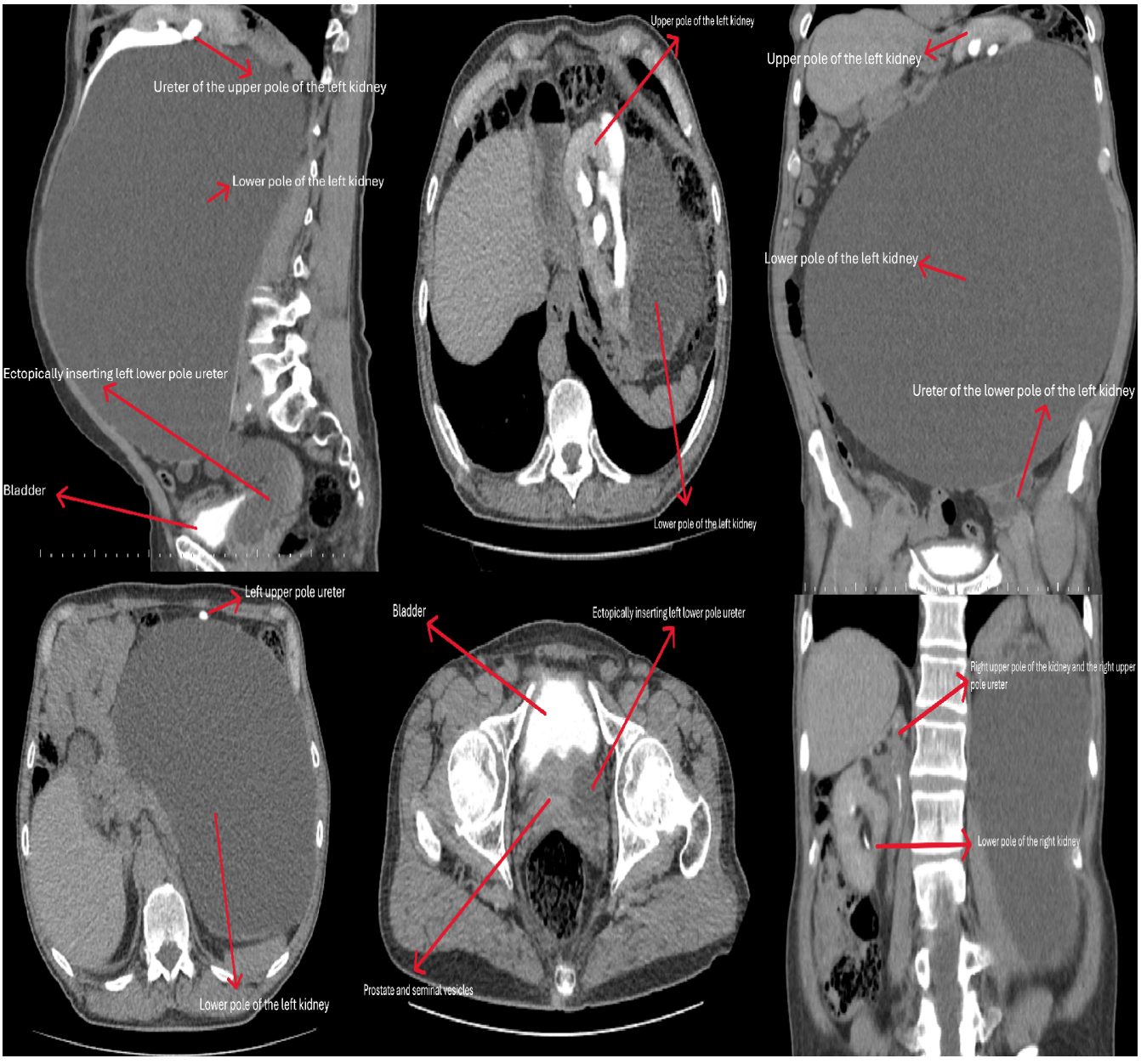
Takiben hastaya göbek üstü median kesisi ile batına giridli. Kistik alt pol çevre dokulardan serbestlendi ve takiben sol böbrek alt pole heminefrektomi uygulandı. Üreter distale kadar serbestlendi ve prostat sınırında bağlanarak kesildi.Spersmen dışarı alındı ve batın anatomik plana uygun şekilde kapatılarak işlem sonlandırıldı (Resim 3).

BULGULAR

.

SONUÇ

Bu vaka, Weigert–Meyer kuralına uymayan alt pol ektopisi ve ileri dilatasyonun ileri yaşta belirgin kitle etkisi yaratabileceğini vurgulayarak, tanıda şüphe eşiğinin düşük tutulmasının önemini göstermektedir


Ureter of the upper pole of the left kidney
Lower pole of the left kidney
Ectopically inserting left lower pole ureter
Bladder
Upper pole of the left kidney
Lower pole of the left kidney
Upper pole of the left kidney
Lower pole of the left kidney
Ureter of the lower pole of the left kidney
Left upper pole ureter
Lower pole of the left kidney
Bladder
Ectopically inserting left lower pole ureter
Prostate and seminal vesicles
Right upper pole of the kidney and the right upper pole ureter
Lower pole of the right kidney

SB-232) ÜRETER TAŞINA BAĞLI OBSTRÜKTİF ÜROPATİDE MÜDAHALE SÜRESİNİN ERKEN DÖNEM BÖBREK FONKSİYONLARI ÜZERİNE ETKİSİ

FEYZİ SİNAN ERDAL (1) HÜSEYİN BURAK YAZILI(2) SEDAT ÇAKMAK(3)

1. Sultangazi haseki eğitim ve araştırma hastanesi
2. büyükçekmece mimar sinan devlet hastanesi
3. SULTANGAZI HASEKI EĞITIM VE ARAŞTIRMA HASTANESI

AMAÇ

Üreter taşına bağlı obstrüktif üropati, acil servise başvuruların önemli nedenlerinden biri olup, uygun zamanda tedavi edilmediğinde renal fonksiyonlarda bozulmaya ve hastanede yatış süresinin uzamasına neden olabilmektedir. Üriner sistem dekompresyonunun erken dönemde sağlanmasının böbrek fonksiyonlarının korunmasında önemli olduğu bilinmekle birlikte, başvuru sonrası müdahale süresinin erken dönem renal iyileşme üzerine etkisini değerlendiren klinik çalışma sayısı sınırlıdır. Bu çalışmada, üreter taşına bağlı obstrüktif üropati nedeniyle dekompresyon uygulanan hastalarda başvurudan girişime kadar geçen sürenin erken dönem böbrek fonksiyonları üzerindeki etkisinin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Üreter taşına bağlı obstrüktif üropati nedeniyle acil dekompresyon uygulanan 120 erişkin hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar başvurudan girişime kadar geçen süreye göre 6 saatten kısa, 6–12 saat ve 12–24 saat olmak üzere üç gruba ayrıldı. Yaş, cinsiyet, taş boyutu, hidronefroz derecesi, başvuru kreatinin düzeyi, işlem sonrası 24. saat kreatinin düzeyi, kreatinin düşüş miktarı ve hastanede yatış süresi kaydedildi. Gruplar arasındaki karşılaştırmalar uygun parametrik ve non-parametrik testler kullanılarak yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 120 hastanın 46'sı 6 saatten kısa sürede, 42'si 6–12 saat arasında ve 32'si 12–24 saat içinde dekompresyon uygulanan grupta yer almaktaydı. Gruplar yaş, taş boyutu ve başvuru kreatinin düzeyi açısından benzer bulundu ($p>0,05$).

İşlem sonrası 24. saat kreatinin düzeyleri müdahale süresi uzadıkça anlamlı olarak daha yüksek saptandı (1,21±0,27 mg/dL, 1,37±0,29 mg/dL ve 1,51±0,33 mg/dL; $p=0,022$). Benzer şekilde kreatinin düşüş miktarı erken müdahale edilen hastalarda daha fazlaydı (0,31±0,18 mg/dL, 0,18±0,16 mg/dL ve 0,07±0,15 mg/dL; $p=0,011$). Ortalama hastanede yatış süresi de müdahale süresi uzadıkça anlamlı olarak arttı (2,1±1,0 gün, 2,8±1,2 gün ve 3,6±1,4 gün; $p=0,014$).

SONUÇ

Bu çalışmada, başvuru anındaki böbrek fonksiyonları benzer olmasına rağmen müdahale süresi uzadıkça erken dönem renal toparlanmanın daha sınırlı olduğu gösterildi. İşlem sonrası kreatinin düzeylerinin daha yüksek seyretmesi ve kreatinin düşüşünün daha az olması, dekompresyonun gecikmesinin böbrek fonksiyonlarının iyileşme hızını olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir. Ayrıca gecikmiş müdahalenin hastanede yatış süresini uzatması, zamanında dekompresyonun yalnızca biyokimyasal iyileşme değil, sağlık hizmeti kullanımı açısından da önem taşıdığını göstermektedir.Üreter taşına bağlı obstrüktif üropatide başvurudan dekompresyona kadar geçen sürenin uzaması, erken dönem böbrek fonksiyonlarında daha sınırlı düzelme ve daha uzun hastanede yatış süresi ile ilişkilidir. Klinik olarak uygun hastalarda dekompresyonun mümkün olan en kısa sürede gerçekleştirilmesi, renal fonksiyonların korunmasına katkı sağlayabilir.

Değişken	<6 saat (n=46)	6–12 saat (n=42)	12–24 saat (n=32)	p değeri
Yaş (yıl) 0.710	48.2 ± 13.1	50.1 ± 12.4	49.6 ± 14.0	0.710
Erkek cinsiyet, n (%)	29 (63.0)	26 (61.9)	20 (62.5)	0.982
Taş boyutu (mm)	8.4 ± 2.7	9.1 ± 2.9	10.0 ± 3.1	0.080
Derece 3 hidronefroz, n (%)	8 (17.4)	10 (23.8)	10 (31.3)	0.273
Başvuru kreatinin (mg/dL)	1.52 ± 0.31	1.55 ± 0.34	1.58 ± 0.33	0.640
24. saat kreatinin (mg/dL)	1.21 ± 0.27	1.37 ± 0.29	1.51 ± 0.33	0.022
Kreatinin düşüşü (mg/dL)	0.31 ± 0.18	0.18 ± 0.16	0.07 ± 0.15	0.011
Hastanede yatış süresi (gün)	2.1 ± 1.0	2.8 ± 1.2	3.6 ± 1.4	0.014

Tablo 1. Müdahale Süresine Göre Hastaların Demografik Özellikleri ve Erken Dönem Böbrek Fonksiyonlarının Karşılaştırılması

SB-233) PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONRASI AKUT BÖBREK HASARININ İNSİDANSI VE KISA DÖNEM SONUÇLARI

ANIL ERDİK(1) BURAK UYSAL(2)

1. SAKARYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. SAKARYA SADIKA SABANCI DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Bu çalışmada, renal taş nedeniyle perkütan nefrolitotomi (PNL) uygulanan hastalarda akut böbrek hasarı (ABH) insidansı ile ABH'nin kısa dönem klinik sonuçlar üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2022–Mart 2025 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde PNL uygulanan 198 hasta retrospektif olarak analiz edildi. ABH, KDIGO kriterlerine göre serum kreatinin (sCr) düzeyinde >0.3 mg/dL artış veya bazal değerin ?1.5 katına yükselmesi olarak tanımlandı. Postoperatif 1. gün sCr düzeyleri kaydedildi. Taşsızlık durumu, üçüncü ay kontrol bilgisayarlı tomografide rezidü taş saptanmaması olarak kabul edildi. Postoperatif komplikasyonlar modifiye Clavien–Dindo (C-D) sınıflamasına göre değerlendirildi. İstatistiksel analizde tanımlayıcı istatistikler ile Mann–Whitney U ve Fisher exact testleri kullanıldı.

BULGULAR

Hastaların medyan yaşı 54 (çeyrekler arası genişlik [ÇAG]: 20) yıl, medyan taş hacmi ise 3.12 (5.51) cm^3 idi. Medyan preoperatif sCr düzeyi 0.84 (0.28) mg/dL, medyan operasyon süresi ise 65 (45) dakika olarak bulundu. PNL sonrası 26 hastada (%13,1) ABH gelişti. Toplam 41 hastada (%20,7) komplikasyon gözlenirken, 157 hastada (%79,3) taşsızlık sağlandı.

ABH gelişen hastalarda, ABH gelişmeyen hastalara kıyasla Charlson Komorbidite İndeksi daha yüksekti (2'ye karşı 1; p=0.007), postoperatif sCr düzeyi daha fazlaydı (1.28'e karşı 0.84 mg/dL; p=0.001), taş hacmi daha büyüktü (4.86'ya karşı 2.92 cm^3; p=0.031) ve operasyon süresi daha uzundu (87.5'e karşı 63.5 dakika; p=0.002). Ayrıca ABH gelişen hastalarda toplam komplikasyon oranı (%61.5'e karşı %14.5; p=0.001) ve minör C-D komplikasyon oranı (%50.0'a karşı %11.0; p=0.001) anlamlı olarak daha yüksekti.

SONUÇ

PNL sonrası ABH yaklaşık her sekiz hastadan birinde gözlenmiş olup, artmış komorbidite yükü, büyük taş hacmi ve uzun operasyon süresi ile ilişkili görünmektedir. Ayrıca ABH gelişimi, postoperatif komplikasyon oranlarında artış ile ilişkili bulunmuştur. Riskli hastaların perioperatif dönemde erken tanınması ve yakın izlenmesi, postoperatif sonuçların iyileştirilmesine katkı sağlayabilir.

Değişkenler	ABH- (N = 172)	ABH+ (N = 26)	p değeri
Yaş (yıl), Medyan (ÇAG)	53.5 (20)	58.5 (22)	0.122
VKİ (kg/m²), Medyan (ÇAG)	25.3 (5.9)	26.2 (8.1)	0.389
Kadın cinsiyet [n (%)]	63 (36.6)	8 (30.8)	0.562
Charlson Komorbidite İndeksi (CKİ), Medyan (ÇAG)	1 (2)	2 (2)	0.007
CKİ ?1 [n (%)]	107 (62.2)	24 (92.2)	0.003
Preoperatif serum kreatinin (mg/dL), Medyan (ÇAG)	0.83 (0.29)	0.89 (0.24)	0.431
Taş hacmi (cm³), Medyan (ÇAG)	2.92 (4.96)	4.86 (14.24)	0.031
Taş konfigürasyonu [n (%)]	-	-	0.028
Tek taş	72 (41.9)	4 (15.4)	-
Multipl taş	57 (33.1)	11 (42.3)	-
Staghorn taş	43 (25.0)	11 (42.3)	-
Taş yoğunluğu (HU), Medyan (ÇAG)	1115 (413)	1095 (502)	0.713
Operasyon süresi (dk), Medyan (ÇAG)	63.5 (45)	87.5 (53)	0.002
Floroskopi süresi (sn), Medyan (ÇAG)	75 (70)	104 (78)	0.165
Postoperatif serum kreatinin (mg/dL), Medyan (ÇAG)	0.84 (0.31)	1.28 (0.33)	0.001
Postoperatif hemoglobin düşüşü (g/dL), Medyan (ÇAG)	1.7 (1.7)	2 (2.5)	0.633
Komplikasyon varlığı [n (%)]	25 (14.5)	16 (61.5)	0.001
Postoperatif komplikasyonlar [n (%)]	-	-	0.001
Clavien-Dindo I–II	19 (11.0)	13 (50.0)	-
Clavien-Dindo IIIA–IIIB	6 (3.5)	3 (11.5)	-
Taşsızlık oranı [n (%)]	138 (80.2)	19 (73.1)	0.401

ABH durumuna göre başlangıç, perioperatif ve postoperatif değişkenlerin karşılaştırılması (N = 198)

SB-234) ÜROPEDİA'DA KOMPLİKASYON

OZAN CAN ÇEKÜÇ(1) HÜSEYİN ATEŞ(2) MUHAMMET YAYTOKGİL(3) HASAN HÜSEYİN TAVUKÇU(4)

1. ORDU DEVLET HASTANESİ
2. İSTANBUL BEYLİKDÜZÜ DEVLET HASTANESİ
3. ÖZEL EKOL HASTANESİ
4. İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, Üropedia arama motorunda "komplikasyon" anahtar kelimesi kullanılarak ulaşılan içeriklerin izlenme sayılarının organ, yayın yılı ve alt branş dağılımlarını değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Üropedia arama motorunda "komplikasyon" anahtar kelimesi kullanılarak yapılan aramada toplam 877 içeriğe ulaşıldı. İçerikler organ, yayın yılı, alt branş ve izlenme sayılarına göre sınıflandırıldı. Tanımlayıcı istatistikler hesaplandı. Organ grupları, yayın yılları ve alt branşlar arasında izlenme sayılarındaki farklılıkları değerlendirmek amacıyla tek yönlü ANOVA ve Kruskal–Wallis testi uygulandı. Anlamlı bulunan analizlerde Dunn post hoc testi ve Holm düzeltmesi kullanıldı.
Bu bildiri ÜCD komplikasyon çalışma grubu tarafından planlanmıştır.

BULGULAR

Toplam 865 içerik analize dahil edildi. Bunların 193'ünde (%22,3) "komplikasyon" anahtar kelimesi yer almasına rağmen herhangi bir komplikasyon bildirilmemişti. Komplikasyon saptanan içerikler arasında en sık böbrek (n=88), prostat (n=41), penis (n=29) ve mesane (n=29) yer almaktaydı.
Medyan izlenme sayısı açısından değerlendirildiğinde en yüksek değerlere penis (14), multipl organ komplikasyonu (13) ve üretra (12,5) ait olduğu görüldü.
Yayın yılına göre içerikler 2015–2019 (n=365), 2020–2022 (n=241) ve 2014 ve öncesi (n=182) olarak sınıflandırıldı. Medyan izlenme sayısı en yüksek 2023 (40) yılında olup, bunu 2025 (14,5) ile 2024 (14) ve 2020–2022 dönemi (14) izledi.
Altbranş dağılımı Endoüroloji/Taş Hastalıkları (n=340), Üroonkoloji (n=188) ve Fonksiyonel Üroloji (n=87) şeklindeydi. Medyan izlenme sayısı en yüksek Rekonstrüktif Üroloji (30) grubunda olup, bunu Androloji (17,5) ve Fonksiyonel Üroloji (16) izledi.
İzlenme sayıları yayın yıllarına göre anlamlı farklılık gösterdi (ANOVA: $F(5,857)=15.89$, $p=0.009$; Kruskal–Wallis: $H(5)=86.04$, $p<0.001$). Altbranş grupları arasında görüntüleme sayısı açısından anlamlı fark saptandı (Kruskal–Wallis $H=46.57$, $sd=7$, $p<0.001$). Organ gruplarına göre izlenme sayıları arasında anlamlı fark saptanmadı (ANOVA: $F(16,647)=0.255$, $p=0.999$; Kruskal–Wallis: $H(16)=19.63$, $p=0.238$).

SONUÇ

Üropedia'da komplikasyon içeren içeriklerin izlenme sayıları organ grupları arasında anlamlı farklılık göstermemektedir. Buna karşın yayın yılı ve altbranş, izlenme sayıları üzerinde anlamlı etkiye sahiptir. Özellikle eski ve orta dönem içeriklerle daha yeni içerikler arasında gözlenen izlenme farklılıkları, dijital eğitim platformlarında içerik görünürlüğü ve kullanıcı etkileşiminin zaman içinde değişebileceğini düşündürmektedir.

İstatistik	Androloji	Endoüroloji / Taş	Fonksiyonel Üroloji	Rekonstrüktif Üroloji	Üroonkoloji
Geçerli gözlem (n)	48	340	87	30	188
Ortanca (Medyan)	17,5	9,5	16	30	7,5
Ortalama	59,65	34,44	40,47	106,60	33,75
Standart sapma	126,50	85,08	83,86	138,40	100,60
Minimum	0	0	2	3	0
Maksimum	595	991	572	505	950
Alt branştaki dağılımı	%5	%40	%10	%3	%22

Alt Branş Gruplarına Göre Görüntüleme Sayılarının Tanımlayıcı İstatistikleri

SB-236) İZOLE PAN-ÜRETRAL KONDİLOMA AKÜMİNATA

OLCAY KÖSE(1) ALİ NOFEL ADİLOV(1) MEHMET SALİH BOĞA(2)

1. KORKUTELİ DEVLET HASTANESİ
2. ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

HPV, tek konakçısı insan olan papillomavirida ailesinden bir DNA virüsüdür. HPV, genital bölge ve mukozalarda kondiloma akuminatum (KA) adı verilen siğil şeklinde lezyonlara yol açan ve dünyada en sık görülen cinsel yol ile bulaşan hastalık (CYBH) etkenidir. Genital siğillerin %90'ının etkeni HPV tip 6 ve 11'dir ve bunlar düşük riskli/onkojenik olmayan virüslerdir. Genital siğillerin üretra ve mesaneyi tutması oldukça nadirdir. Burada pan-üretral kondiloma aküminata lezyonunun cerrahi ve medikal tedavisini irdeledik.

GEREÇ-YÖNTEM

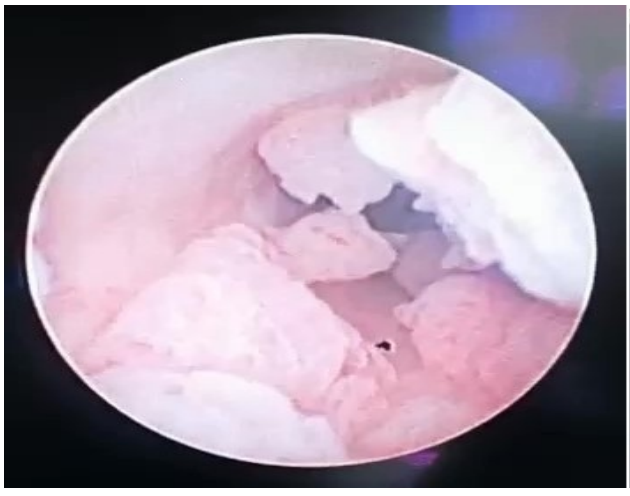
59 yaşında erkek hasta, 3 yıldır devam eden aralıklı hematüri ve AÜSS ile tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesi doğal değerlendirildi, genital bölgede siğil mevcut değildi. Ek hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü yok. Üriner sistem ultrasonunda kliniği açıklayacak bulguya rastlanmadı. İdrar kültüründe üreme yok ve labaratuvar bulguları normal sınırlarda görüldü. Tanısal sistoskopi planlandı. Sistoskopisinde meadan başlayan, mebranöz üretraya kadar tutulum gösteren lezyonlar görüldü. Eş zamanlı cold-cup biyopsi alındı. Patolojinin üretral kondilom olarak raporlanması sonrasında operasyona karar verildi. Ureterorenoskopi ile üretradaki lezyonlara holmium lazer ablasyonu uygulandı. Sonra rezektoskop sheat ile üretraya girildi ve posteriorden anteriore doğru sıyırarak künt diseksiyon ile patoloji meteryalleri dışarı alındı. 2 gün sonra üretral kateteri çıkarıldı. Operasyon sonrası haftada 1 kez olmak üzere toplanda 6 seans üretral 5-fluorourasil uygulaması yapıldı. Aynı zamanda hastaya üretral biyopsi neticesinde 3 doz HPV aşı programı başlandı. Operasyon sonrası 6 haftalık intraüretral 5-fluorourasil kemoterapi sonrası 1,3 ve 6 ay arayla tanısal sistoskopi yapıldı.

BULGULAR

Tedavi sonrasında yapılan kontrol sistoskopide üretral kondilomların tamamen ortadan kalktığı, üretrada darlık gelişmediği görüldü.

SONUÇ

Pan-üretral kondiloma aküminata nadir görülen vakalardandır. Tedavisi cerrahi ve medikal tedavi kombinasyonu ile mümkündür. İnatçı hematüri ve kronik sistitizm bulguları olan hastalarda görüntüleme ve labaratuvar bulguları normal olsa da mutlaka tanısal sistoskopi yapılmalıdır.





SB-237) RENAL TRAVMALARDA NON-OPERATİF YÖNETİMİN UZUN DÖNEM RENAL FONKSİYONLAR ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: TEK MERKEZLİ 1 YILLIK GFR TAKİP SONUÇLARI

BARIŞ DOĞAN(1) MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) ALPER EGE SARIKAYA(2) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Renal travmalı hastaların yönetiminde non-operatif yönetim (NOM) güncel kılavuzlarca ilk seçenek olarak önerilmektedir. Ancak, yüksek evreli yaralanmaların ve kritik klinik tabloların uzun dönem renal fonksiyonlar üzerindeki net etkisi halen tartışmalıdır. Bu çalışmada, renal travma nedeniyle takip edilen hastaların erken (3. ay) ve uzun dönem (1. yıl) böbrek fonksiyonel sonuçlarını ve NOM başarı oranlarımızı değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde renal travma tanısıyla takip ve tedavi edilen 79 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, AAST (American Association for the Surgery of Trauma) yaralanma evreleri, masif transfüzyon ve yoğun bakım (YBÜ) gereksinimleri, uygulanan tedavi modaliteleri ile 3. ay ve 1. yıl Glomerüler Filtrasyon Hızı (GFR) değişimleri (bazal GFR'ye kıyasla farklar) kaydedildi.

BULGULAR

Hastaların ortanca yaşı 39 (18-72) olup, %83,5'i (n=66) erkekti. Hastaların %72,1'ini (n=57) yüksek evreli (Grade 3-5) yaralanmalar oluşturmaktaydı. Çoklu organ travması oranı %64,6 (n=51), YBÜ ihtiyacı %20,3 (n=16) ve masif transfüzyon oranı %11,5 (n=9) olarak saptandı. Genel NOM başarı oranı %93,7 (n=74) idi; sadece 4 hastaya (%5,1) nefrektomi uygulandı.

Subgrup analizlerinde; AAST Grade 4 ve Grade 5 hastalar arasında 3. ay GFR değişimleri açısından anlamlı fark saptanırken ($p=0,024$), 1. yılın sonunda bu fonksiyonel farkın kapandığı görüldü ($p=0,104$). Benzer şekilde, YBÜ ihtiyacı olan hastaların 3. ay GFR kayıpları anlamlı derecede yüksekken ($p=0,026$), 1. yılda YBÜ ihtiyacı olmayan hastalarla benzer GFR düzeylerine ulaştığı belirlendi ($p=0,101$). Buna karşın, nefrektomi uygulanan hastalarda hem 3. ayda ($p=0,012$) hem de 1. yılda ($p=0,048$) GFR kaybı yönündeki anlamlı farkın kalıcı olduğu saptandı. Masif transfüzyon ve çoklu organ travması varlığının ise GFR değişimleri üzerinde kısa ve uzun dönemde anlamlı bir etkisi izlenmedi ($p>0,05$).

SONUÇ

Yüksek evreli ve multiorgan yaralanmalı kritik renal travmalı hastalardan oluşan çalışmamızda NOM, %93,7 gibi mükemmel bir başarı oranına sahiptir. Başlangıçtaki yüksek yaralanma evresi ve yoğun bakım gereksinimi gibi olumsuz faktörler akut dönemde (3. ay) renal fonksiyonlarda belirgin sarsıntıya yol açsa da, nefrektomiden kaçınılıp organ korunduğu takdirde 1. yılın sonunda fonksiyonel farklar tamamen kapanmaktadır. Cerrahi nefrektomi ise uzun dönemde kalıcı GFR kaybına yol açan en önemli faktördür. Hemodinamik olarak stabil olan tüm yüksek evreli hastalarda uzun dönem renal fonksiyonları korumak adına NOM sınırları sonuna kadar zorlanmalıdır.

Yaş, Medyan (Min - Maks)	-	39 (18 - 72)	Cinsiyet, n (%)
Erkek	66 (%83,5)	-	Kadın
13 (%16,5)	Etiyoloji	Trafik Kazası	40 (%50,6)
-	Yüksekten Düşme	22 (%27,8)	-
Kesici Alet Yaralanması	8 (%10,1)	-	Silahlı Yaralanma
5 (%6,3)	-	Spor Yaralanmaları	4 (%5,2)
AAST Yaralanma Evresi (Grade), n (%)	Düşük Evre (Grade 1-2-3)	54 (%68,4)	-
Yüksek Evre (Grade 4-5)	25 (%31,6)	Eşlik Eden Çoklu Organ Travması, n (%)	-
51 (%64,6)	Masif Transfüzyon Gereksinimi, n (%)	-	9 (%11,5)
Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ) İhtiyacı, n (%)	-	16 (%20,3)	Uygulanan Renal Tedavi Yöntemi, n (%)
Konservatif İzlem	71 (%89,9)	-	Anjiyoembolizasyon
3 (%3,8)	-	Renorafi (Açık Onarım)	1 (%1,3)
-	Nefrektomi	4 (%5,1)	

Tablo 1: Hastaların Demografik, Klinik Özellikleri ve Uygulanan Tedavi Yöntemleri

Tablo 2: Klinik Faktörlerin Erken (3. Ay) ve Uzun Dönem (1. Yıl) GFR Değişimleri Üzerindeki Etkisi

		3. Ay GFR Değişimi (p değeri)	1. Yıl GFR Değişimi (p değeri)
Cinsiyet	Erkek vs Kadın	0,186	0,015
Yüksek Yaralanma Evresi	Grade 1-2-3 vs Grade 4-5	0,024	0,104
Masif Transfüzyon	Alan vs Almayan	0,169	0,219
©Çoklu Organ Travması	Var vs Yok	0,270	0,080
Yoğun Bakım İhtiyacı	Olan vs Olmayan	0,026	0,101
Nefrektomi	Yapılan vs Yapılmayan	0,012	0,048

SB-238) DİYAFRAMIN ÖTESİNDE BİR ÜRETER: T9 VERTEBRA SEVİYESİNE KADAR UZANAN İNTRATORASİK ÜRETER

HUSEYIN BATUR(1) MEHMET KILINÇ(1) DOGAN SABRI TOK(1) ERHAN DEMIRELLI(1) ERCAN ÖĞREDEN(1) MEHMET TONKAZ(2) URAL OĞUZ(1)

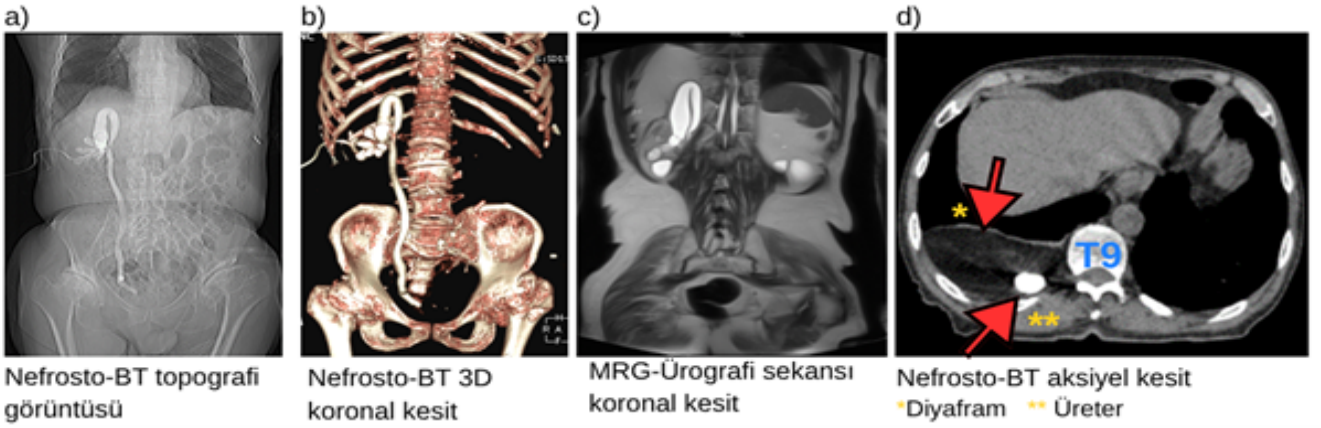
1. Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Giresun
2. Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Giresun

AMAÇ
Diyafragmatik üreter herniasyonuna bağlı gelişen intratorasik üreter, literatürde son derece nadir bildirilen bir anatomik anomalidir. Toraks içerisine uzanarak T9 vertebra seviyesine kadar ilerleyen ve hidronefroza neden olan nadir bir intratorasik üreter olgusunun sunulması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM
Yetmiş altı yaşında erkek hasta, yüksek riskli kasa invaziv olmayan mesane kanseri takibi sırasında saptanan sağ hidronefroz nedeniyle değerlendirildi. Bilgisayarlı tomografide sağ diyafram hernisi içerisinden geçerek toraks içine uzanan intratorasik üreter saptandı. Takip sürecinde gelişen akut böbrek fonksiyon bozukluğu nedeniyle yapılan sistoskopide sağ üreter orifisi görüntülenemedi ve retrograd girişim başarısız oldu. Bunun üzerine sağ perkütan nefrostomi kateteri yerleştirildi. Nefrostogram, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans ürografi incelemeleri değerlendirildi.

BULGULAR
Nefrostogramda üreterin diyaframı aşarak toraks içerisine uzandığı izlendi (Şekil 1a). Bilgisayarlı tomografi ve üç boyutlu rekonstrüksiyon görüntülerinde üreterin T9 vertebra seviyesine kadar uzandığı ve karakteristik kıvrımlı seyir gösterdiği saptandı (Şekil 1b). Manyetik rezonans ürografide intratorasik üreter doğrulandı (Şekil 1c). Aksiyel bilgisayarlı tomografi kesitlerinde diyafragmatik defekt ve üreterin toraks içerisindeki lokalizasyonu net olarak izlendi (Şekil 1d). Bu bulgulara eşlik eden grade 2 sağ hidronefroz mevcuttu. Üst üriner sistemde ek patoloji saptanmadı. Belirgin obstrüktif semptom olmaması ve ileri evre kronik böbrek hastalığı nedeniyle konservatif takip planlandı.

SONUÇ
Diyafragmatik üreter herniasyonu hidronefroz ve üriner obstrüksiyona yol açabilen son derece nadir bir anatomik anomalidir. Bilgisayarlı tomografi ve piyelografik görüntüleme yöntemleri tanıda temel rol oynamaktadır. Sunulan olgu, intratorasik üreterin T9 vertebra seviyesine kadar uzanması ve çoklu görüntüleme yöntemleriyle ayrıntılı olarak gösterilmesi nedeniyle literatürdeki nadir olgulardan biri olup, toraks komşuluğunda izlenen atipik üreteral seyir ve hidronefroz varlığında diyafragmatik üreter herniasyonunun tanıda akılda tutulması gerektiğini göstermektedir.



SB-239) SAĞ RENAL HİLUS PARAGANGLİOMU İLE BİRLİKTE SAPTANAN SOL SÜRRENAL ADENOM VE SAĞ RENAL KİSTİN TEK SEANS AÇIK CERRAHİ İLE TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

EMRE HEPSEN(1) SAMET KIPIK(1) FURKAN ÇAPAR(1) AZMİ LEVENT SAĞNAK(2)

1. ETLİK ŞEHİR HASTANESİ
2. SİİRT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Paragangliomlar (PGL), adrenal medulla dışındaki kromaffin hücrelerden köken alan nadir nöroendokrin tümörlerdir. Feokromositoma ve paraganglioma olgularının %10–15'ini oluşturur; renal hilus yerleşimi oldukça nadirdir. PPGL'lerin %30–40'ı germline mutasyonlarla ilişkilidir; SDHx ve VHL mutasyonlarını içeren Cluster 1 moleküler alt tipi yüksek metastatik potansiyel ve noradrenerjik fenotip gösterir. Tanıda plazma serbest metanefrin düzeyleri en duyarlı biyokimyasal testtir. Cerrahi rezeksiyon tek küratif tedavi seçeneği olup preoperatif alfa-adrenerjik blokaj perioperatif güvenlik açısından kritik öneme sahiptir. Bu olguda, ani tansiyon atakları ile başvuran hastada sağ renal hilusta paragangliom, sağ renal kist ve sol adrenal adenom saptanmış, tek seansta açık kombine cerrahi uygulanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

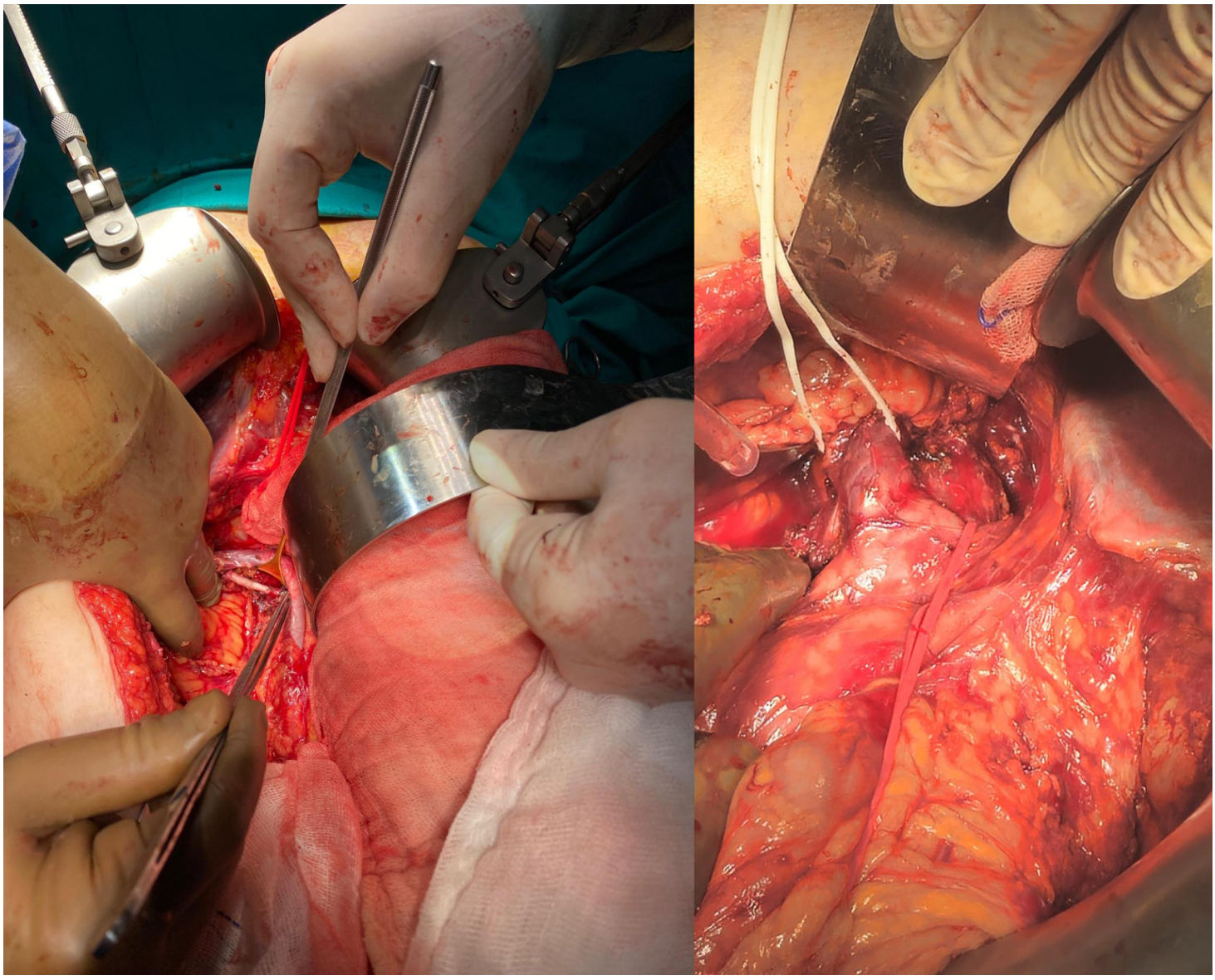
67 yaşında kadın, son aylarda artan ani çarpıntı ve vücut ağrısı eşliğinde sistolik kan basıncının 180–190mmHg'ye yükseldiği ataklarla başvurdu. Yapılan tetkiklerinde plazma normetanefrin 833pg/mL, idrar normetanefrin 2321µg/gün ölçüldü. Ga-68DOTATATE PET/BT ‘de sağ renal hilusta 4×4.2cm paraganglioma ile uyumlu lezyon; sol sürrenalde 3.7×2.3cm adenom; sağ böbrekte 6cm kist saptandı. Endokrinolojik hormonal değerlendirmeleri sonucunda sol adrenal adenomun hafif otonom kortizol sekrete ettiği tespit edildi. Preoperatif doksazosin ile kan basıncı regüle edildi. Preoperatif ve postoperatif prednol uygulaması yapılarak adrenal yetmezliğe yönelik önlem alındı. Hastanın 2 defa açık mide operasyonu 1 defa açık kolesistektomi öyküsü olması nedeni ile mevcut göbek üstü median insizyon skar hattından kesi yapılarak açık ameliyata başlandı. İlk aşamada sağ paraganglioma renal vasküler yapılar ve vena kava inferior korunarak eksize edildi. Ardından sağ renal kist eksizyonu yapıldı. Son olarak sol sürrenalektomi yapılarak ameliyat bitirildi. Ameliyat sonrası dönemde katekolamin ve kortizol düzeyleri normale döndü, tansiyon değerleri antihipertansif tedavi kullanmaksızın normale geriledi, alfa-blokör ihtiyacı kalmadı. Hasta takiplerine devam etmek üzere taburcu edildi. Patoloji sonucu paraganglioma ile uyumlu bulundu ve cerrahi sınır negatif izlendi. Sol sürrenal patolojisi adenom, böbrek kist patolojisi kist epiteli olarak raporlandı.

BULGULAR

Renal hilusta, renal arter,ven ve vena cava inferior arasına yerleşmiş paraganglioma, damar yaralanması riski nedeniyle cerrahi zorluk taşır. Açık cerrahi, büyük damarlarla yakın komşuluğu bulunan seçilmiş olgularda ve daha önce açık cerrahi geçirmiş hastalarda güvenli rezeksiyon sağlayan önemli bir seçenektir.Eşlik eden hafif otonom kortizol sekrese eden sürrenal adenom ve böbrek kisti bulunması, daha önce üç kez batın cerrahisi öyküsü bulunması açık cerrahi tercih edilmesinde rol oynamıştır.Literatürde bildirilen benzer renal hilus paragangliomu olgularından farklı olarak, hastamızda eşlik eden hafif otonom kortizol salgılayan sürrenal adenom ve renal kist bulunması olgunun özgünlüğünü artırmaktadır. Tümör rezeksiyonu sonrası katekolamin düzeyleri normale dönmüş ve antihipertansif gereksinimi ortadan kalkmıştır.

SONUÇ

Renal hilus paragangliomu ile birlikte saptanan böbrek kisti ve sürrenal adenom birlikteliği nadirdir. Açık kombine cerrahi, damarsal riskleri en aza indirerek güvenli rezeksiyon sağlar.Bu olgu PGL yönetiminde yaklaşım, cerrahi planlama ve uzun süreli takibin önemini vurgulamaktadır.



SB-240) RENAL HÜCRELİ KARSİNOMDA PAN-SİSTEMİK İNFLAMASYON İNDEKSİNİN SAĞKALIM ÜZERİNE PROGNOSTİK DEĞERİ

EFE BOSNALI(1) HASAN YILMAZ(2) İBRAHİM ERKUT AVCI(2) SERDAR BAYKAL(3) MUHLİS ÜNAL(4) İSA ULUÇ(2)

1. KOCAELİ DERİNCE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
3. KOCAELİ GEBZE FATİH DEVLET HASTANESİ
4. KOCAELİ DERİNCE ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Sistemik inflamasyon ve anemi, renal hücreli karsinomda (RHK) klinik açıdan önemli prognostik faktörler olarak giderek daha fazla kabul görmektedir. Bu çalışmanın amacı, Pan-İmmün İnflamasyon Değeri (PIV) ile anemiyi birleştirerek oluşturulan Pan-Sistemik İnflamasyon İndeksi (PanSII) adlı yeni bir bileşik prognostik indeksi tanımlamak ve bunun RHK hastalarında genel sağkalımı (Overall Survival, OS) öngörmedeki değerini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif kohort çalışmasına, Nisan 2008 ile Aralık 2022 tarihleri arasında radikal nefrektomi uygulanmış ve patolojik olarak ?pT2a evresinde renal hücreli karsinom tanısı doğrulanmış 255 hasta dahil edildi.
PIV, önceden belirlenmiş 328 eşik değerine göre düşük ve yüksek olarak sınıflandırıldı. Anemi preoperatif dönemde ikili (var/yok) değişken olarak kaydedildi.
PanSII şu şekilde tanımlandı:

- PanSII = 0: Düşük PIV ve anemi yok
- PanSII = 1: Yüksek PIV veya anemi var
- PanSII = 2: Hem yüksek PIV hem de anemi mevcut

Genel sağkalım Kaplan–Meier yöntemi, log-rank testi ve Cox regresyon analizleri ile değerlendirildi. Modellerin ayırt edici performansı Harrell'in C-indeksi kullanılarak incelendi.

BULGULAR

Hastaların medyan yaşı 59 yıl olup medyan takip süresi 37 ay idi.
Preoperatif anemi hastaların %52,9'unda, yüksek PIV ise %58,8'inde mevcuttu. Takip süresince 117 hasta yaşamını kaybetti.
PanSII skorları arttıkça sağkalımın basamaklı şekilde azaldığı görüldü.
Beş yıllık genel sağkalım oranları;

- PanSII = 0: %82,6
- PanSII = 1: %63,5
- PanSII = 2: %45,3

olarak bulundu (log-rank p<0,0001).
Çok değişkenli analizde de bu eğilim devam etti. PanSII = 2, PanSII = 0 grubuna kıyasla bağımsız olarak daha kötü genel sağkalımla ilişkiliydi (HR = 4,49; %95 GA: 2,26–8,91; p<0,0001).
Ayrıca PanSII'nin temel klinikopatolojik modele eklenmesiyle modelin C-indeksi 0,749'dan 0,780'e yükseldi ve böylece prognostik ayırt edicilikte ölçülebilir bir artış sağlandı.

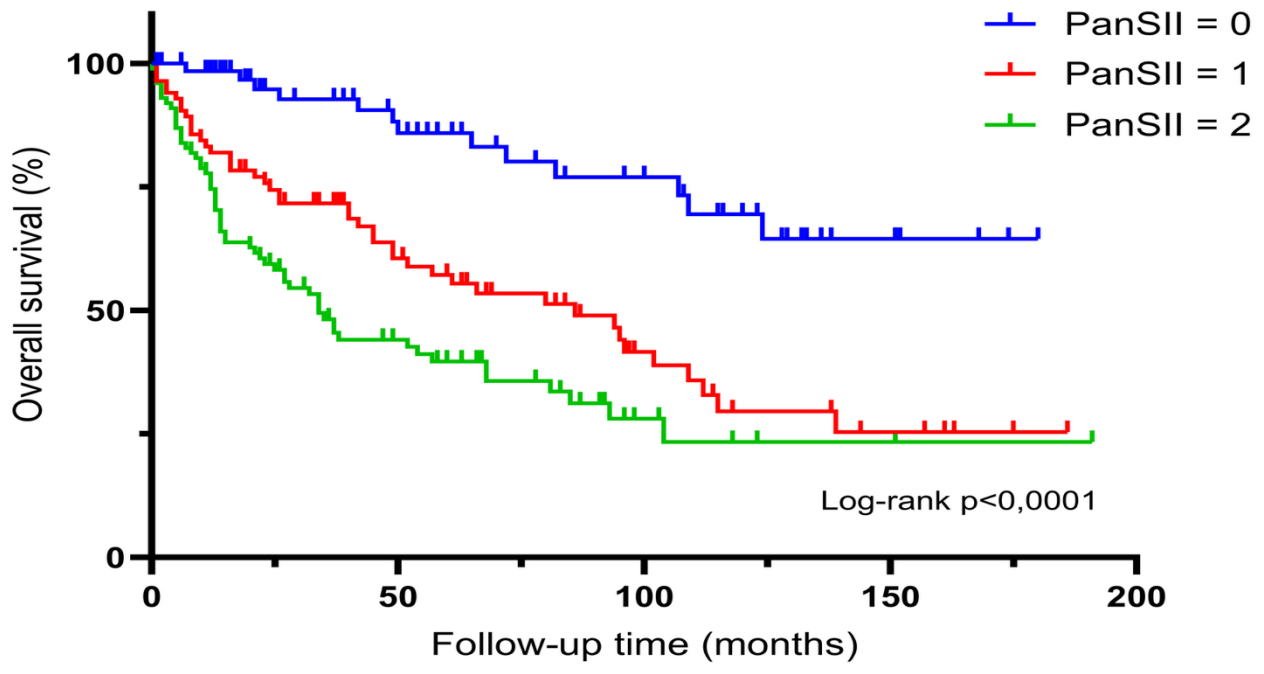
SONUÇ

PanSII, radikal nefrektomi uygulanan renal hücreli karsinom hastalarında genel sağkalımla bağımsız olarak ilişkili bulundu ve klasik klinikopatolojik değişkenlerin ötesinde ek prognostik bilgi sağladı.

Rutin preoperatif kan parametrelerinden kolayca hesaplanabilen bu indeks, ameliyat sonrası risk sınıflandırmasının geliştirilmesine ve hastaya özgü takip stratejilerinin planlanmasına katkı sağlayabilir. Bununla birlikte, standart prognostik modellerde kullanılabilmesi için dış doğrulama çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Değişken	HR (%95 GA)	p değeri
Yaş	1,03 (1,00–1,05)	0,042
Lenf nodu pozitifliği (pN1/pN0)	2,08 (1,23–3,55)	0,007
Tanı anında uzak metastaz varlığı	2,81 (1,72–4,61)	<0,001
Anemi	1,82 (1,19–2,78)	0,005
PIV (?328)	2,80 (1,53–4,52)	<0,001
PanSII = 1 (Ref: PanSII=0)	3,91 (1,98–7,71)	<0,001
PanSII = 2 (Ref: PanSII=0)	4,49 (2,26–8,91)	<0,001
Klinikopatolojik temel model	C-indeksi	Artış
+ PIV	0,777	+%2,8
+ Anemi	0,758	+%0,9
+ PanSII	0,780	+%3,0

Tablo 1. Genel sağkalım için çok değişkenli Cox regresyon analizi ve PanSII'nin prognostik katkısı



SB-241) DEV PRİMER RENAL OSTEOSARKOM

İBRAHİM HALİL GÖRDÜK(1) MUHAMMED ALİ ÇİÇEK(1) ÇAĞDAŞ DİKMEN(1) MERYEM HAN GÖKDEMİR(1) MANSUR DAĞGÜLLİ(1)

1. DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Renal sarkomlar tüm böbrek malignitelerinin %1-2sini oluşturmaktadır.Primer renal osteosarkom son derece nadir görülen bir malign mezenkimal tümördür.Bugüne kadar literatürde sadece 33 vaka bildirilmiştir.Genellikle ileri evrede teşhis edilir ve tanı anında yaklaşık %32 metastatiktir.Bu olgumuzda başlangıçta abse veya taş hastalığı ön tanıları ile değerlendirilen oldukça nadir rastlanan dev primer renal osterosarkomu sunarak klinik farkındalığın artmasını ve mevcut bilgi birikime katkı sağlamayı amaçladık

GEREÇ-YÖNTEM

57 yaş erkek hasta sağ yan ağrısı ve idrarda yanma şikayeti ile kliniğimize başvurdu.20 paket yıl sigara öyküsü ayrıca bilinen hipertansiyon,diyabet,serebrovasküler hastalık ve sol açık nefrolitotomi öyküsü mevcuttu.Kontrastlı abdomen bilgisayarlı tomografide sağ böbrekten batın orta hat ve pelvik bölgeye uzanım gösteren yaklaşık 190x141x154mm boyutlu heterojen kistik alanlar barındıran abse formasyonu?üst polde kalsifiye alanlar ve en büyüğü 5 cm staghorn tipi olan birkaç adet taş izlendi.Yapılan fizik muayenede sol flankta 15 cmlik eski operasyon skar izi ve batın sağ yarısında ele gelen kitle palpe edildi.Başvuru anında hematokrit:38 kreatinin:0.8 titde eritrosit 8,lökosit 26 ydı.Hastaya sağ açık basit nefrektomi planlandı

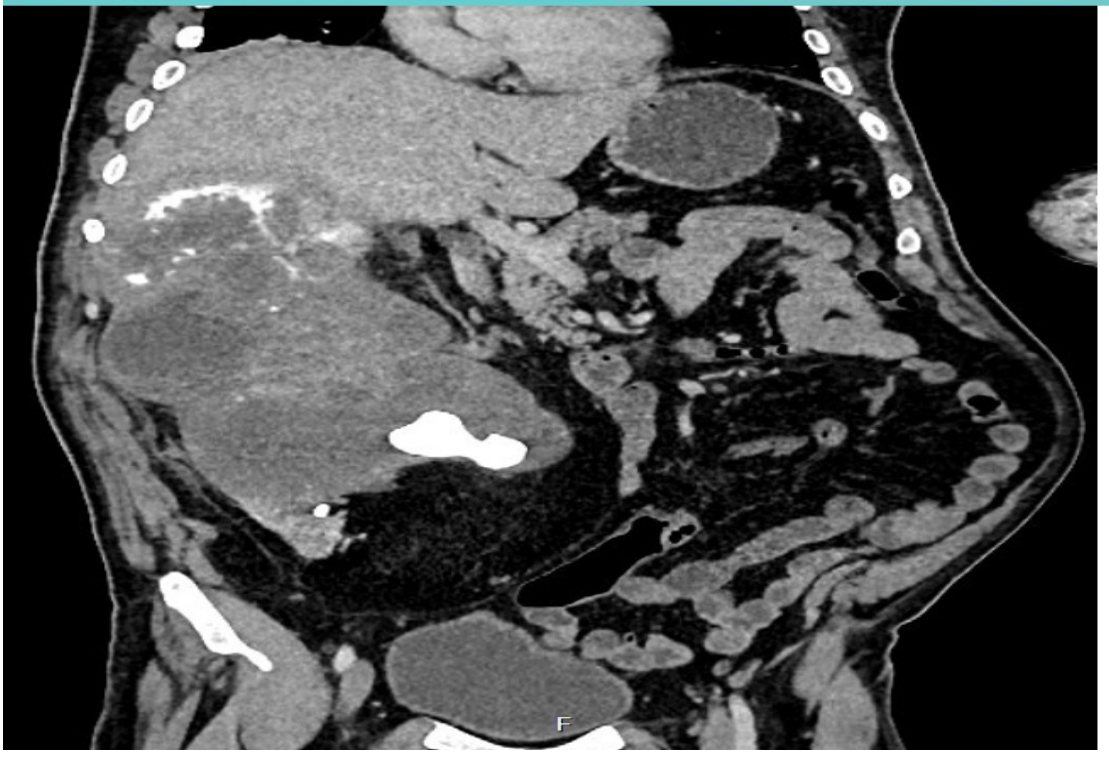
BULGULAR

23/01/2025te operasyona alındı.Supin pozisyonda göbek üstü median insizyonla açıldı,üreter askıya alındı.Böbrek etraf dokulardan serbestlenmek istendi ancak üst polün karaciğer sağ loba adeze diğer etraf dokulara oldukça fikse,yoğun kollateral vasküler yapılar barındırdığı görüldü ve böbrek oldukça sert palpe edildi.Operasyon esnasında genel cerrahi görüşü istendi,karaciğer kapsül ayrıştırmasının ardından böbrek künt ve keskin diseksiyonlarla tamamen serbestlendi,renal arter ve ven ayrı ayrı klips ve sutur konularak kesildi,üreter olabildiğince distalden bağlanarak kesildi.Böbrek dışarı alındı.Bir adet dren konuldu.Çıkarılan spesmen 5,56 kg olarak ölçüldü.Postoperatif kreatininde artış olmadı,hematokrit değeri kademeli olarak 38den 32 sonrasında 24e kadar düştü.Alt98 Ast155 e kadar yükseldi.Postoperatif 1.günde atelektazi ve saturasyon düşüklüğü ayrıca postoperatif 2.günde de derin ven trombozu gelişti.Hasta kalp damar,göğüs cerrahi ,genel cerrahi ve göğüs hastalıklarına konsülte edildi.Postoperatif dönemde toplam 2 ünite eritrosit süspansiyonu replasmanı yapıldı.Alt-Astleri,saturasyonları normale geldi ve postoperatif 9.günde şifa ile taburcu edildi.Hastanın patoloji sonucu ‘ekstraskeletal osteosarkom‘olarak sonuçlandı.Hastaya 18–fdg pet-ct çekildi,raporunda karaciğer ve akciğer metastazı mevcuttu,kemik patolojisi ve tutulumu ise yoktu!Hastalık hızlı progresyon gösterdi ve onkolojik tedavi alamadan tanıdan yaklaşık 4 ay sonra 28/05/2025te ex oldu

SONUÇ

Primer renal osteosarkom klinik ve radyolojik olarak renal abse,ksantogranülomatöz piyelonefrit veya yoğun kalsifiye renal kitleler ile karışabilmektedir.Primer renal osteosarkom,kemik patolojisi öyküsü bulunmayan hastalarda böbrek lojunda saptanan yoğun kalsifikasyon içeren dev kitlelerde veya abse düşündüren olgularda ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır.Ayrıca staghorn taş zemininde genellikle yassı hücreli karsinom(SCC)gelişimi beklense de bu olgu göstermiştir ki nadir durumlarda primer renal osteosarkom gibi oldukça agresif mezenkimal tümörler de eşlik edebilmektedir.Bu nedenle,büyük taş yükü olan ve tomografide yoğun kalsifikasyon gösteren dev kitlelerin ayırıcı tanısında bu sıra dışı antite de göz önünde bulundurulmalıdır





SB-242) KLİNİK T1 BERRAK HÜCRELİ RENAL HÜCRELİ KARSİNOMLU HASTALARDA MAYO ADHESİVE PROBABİLİTY (MAP) SKORUNUN PERİOPERATİF SONUÇLAR VE PATOLOJİK EVRE YÜKSELMESİ ÜZERİNDEKİ ÖNGÖRÜCÜ DEĞERİ: RENAL VE PADUA SKORLARI İLE KARŞILAŞTIRMALI ANALİZ

MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) BARIŞ DOĞAN(1) ARDA BERKAY ESKİCİ(1) HAKAN ABDULLAH ÖZGÜL(1) CANAN ALTAY(1) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Parsiyel nefrektomide (PN) cerrahi zorluğu, perioperatif ve histopatolojik sonuçları öngörmek amacıyla klasik olarak RENAL ve PADUA nefrometri skorlama sistemleri kullanılmaktadır. Ancak bu sistemler sadece tümörün anatomik özelliklerine odaklanırken, perinefrik yağ dokusunun yapışkanlığı ve kalınlığı gibi cerrahi sahayı doğrudan etkileyen faktörleri göz ardı eder. Mayo Adhesive Probability (MAP) skoru ise perinefrik yağ yapışkanlığını öngören radyolojik bir parametredir. Bu çalışmada, klinik T1 (<7 cm) berrak hücreli renal hücreli karsinom (RHK) tanısıyla parsiyel nefrektomi yapılan hastalarda preoperatif MAP, RENAL ve PADUA skorlarının perioperatif sonuçlar ve patolojik evre yükselmesi (> pT1) üzerindeki öngörücü değerini karşılaştırmalı olarak değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Mayıs 2021 ile Mayıs 2026 tarihleri arasında kliniğimizde parsiyel nefrektomi uygulanan, preoperatif görüntülemesi bilgisayarlı tomografi (BT) olan, 7 cm'den küçük tek renal kitlesi bulunan ve patoloji sonucu berrak hücreli RHK olarak raporlanan 60 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar MAP skoruna göre Düşük (0-3) ve Yüksek (4-5); RENAL skoruna göre Düşük/Orta (4-9) ve Yüksek (10-12); PADUA skoruna göre Düşük/Orta (3-9) ve Yüksek (10-12) olarak gruplandırıldı. Bu skorların ameliyat süresi, sıcak iskemi süresi, drenaj miktarı, taburculuk süresi, uzamış drenaj, postoperatif komplikasyonlar ve patolojik evre yükselmesi (> pT1) üzerindeki etkileri analiz edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 60 hastanın medyan yaşı 58,0 (dağılım: 29-76) olup, %63,3'ü (n=38) erkek, %36,7'si (n=22) kadındı. Tümörlerin %55,0'i (n=33) sağ, %45,0'i (n=27) sol yerleşimliydi. Medyan MAP skoru 3,0 (0-5), medyan RENAL skoru 7,0 (4-10) ve medyan PADUA skoru 6,0 (3-10) olarak saptandı. Toplam 11 hastada (%18,3) patolojik evre yükselmesi (> pT1) saptandı. preoperatif Yüksek MAP skoru (4-5) olan hastalar ile Düşük MAP skoru (0-3) olan hastalar karşılaştırıldığında: Sıcak iskemi süresinin yüksek MAP grubunda anlamlı derecede daha uzun olduğu saptandı (p = 0.032). Postoperatif drenaj miktarının yüksek MAP grubunda anlamlı derecede daha fazla olduğu saptandı (p = 0.016).

SONUÇ

Klinik T1 berrak hücreli RHK nedeniyle parsiyel nefrektomi uygulanan hastalarda, klasik nefrometri skorları (RENAL ve PADUA) hem perioperatif sonuçları hem de onkolojik evre yükselmesini tahmin etmede yetersiz kalmıştır. Buna karşın, preoperatif MAP skoru, hem cerrahi zorluk göstergeleri olan sıcak iskemi süresi ve drenaj miktarını hem de postoperatif patolojik evre yükselmesi riskini güçlü ve anlamlı bir şekilde öngörmektedir.

-	Yüksek RENAL nefrometri skoru (10-12) p değeri	Yüksek PADUA nefrometri skoru (10-14) p değeri	Yüksek MAP skoru (4-5) p değeri
Ameliyat Süresi	0.989*	0.419*	0.238*
İskemi süresi	0.500*	0.082*	0.032*
Intraoperatif drenaj miktarı	0.800*	0.508*	0.016*
Tabuculuk süresi	0.633*	0.281*	0.066*
Uzamış Drenaj	0.652**	0.999**	0.806**
Postoperatif komplikasyon	0.614**	0.830**	0.494**

Skorlama Sistemlerinin Klinik ve Perioperatif Sonuçlarla İlişkisi

Tablo 2: Skorlama Sistemlerine Göre Patolojik Evre Yükselmesi

		pT1 (n=49)	>pT1 (n=11)	p
RENAL nefrometri skoru	Düşük / Orta (4-9)	48 (%81,4)	11 (%18,6)	
	Yüksek (10-12)	1 (%100,0)	0 (%0,0)	0.633**
PADUA nefrometri skoru	Düşük / Orta (3-9)	45 (%83,3)	9 (%16,7)	
	Yüksek (10-14)	4 (%66,7)	2 (%33,3)	0.317**
MAP skoru	Düşük (0-3)	36 (%90,0)	4 (%10,0)	
	Yüksek (4-5)	13 (%65,0)	7 (%35,0)	0.018**

**: *Fishers' Exact Testi*

SB-243) PROSTAT KANSERİNDE LUTESYUM-177 (LU-177) TEDAVİSİ VE HASTA BİLGİLENDİRMESİ: POPÜLER YOUTUBE VİDEOLARININ ÇOK DİSİPLİNLİ ANALİZİ

HAKAN ÇAKIR(1) TANSEL ÇAKIR(2)

1. Acıbadem Fulya Hastanesi
2. İstanbul Medıpol Ünıversitesi Nükleer Tıp AD

AMAÇ

Prostat kanserinde teranostik bir yaklaşım olan Lutesyum-177 (Lu-177) PSMA tedavisi, üroloji ve nükleer tıp ortaklığında yürütülen en güncel klinik uygulamalardan biridir. Hastalar ve yakınları, bu karmaşık tedavi süreci, endikasyonlar ve yan etkiler hakkında bilgi edinmek için sıklıkla YouTube gibi dijital platformlara başvurmaktadır. Bu çalışmada, YouTube'daki en popüler Lu-177 videolarının tıbbi içeriğini, endikasyon doğruluğunu ve çok disiplinli (multidisipliner) yaklaşım vurgusunu nükleer tıp ve üroloji perspektifinden değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

YouTube üzerinde "Lutetium 177" ve "prostate cancer" anahtar kelimeleriyle aratılan en popüler 20 video geriye dönük olarak analiz edilmiştir. Videolar; konuşmacıların uzmanlık alanları, tedavi endikasyonları (mCRPC kriterleri), tedavi öncesi PSMA PET/BT zorunluluğu, bahsedilen yan etkiler ve branşlar arası iş birliği (multidisipliner yaklaşım) vurgusu parametrelerine göre sistematik olarak incelenmiştir.

BULGULAR

Analiz edilen 20 videoda konuşmacıların %55'ini onkologlar, %30'unu nükleer tıp uzmanları ve %15'ini ürologlar oluşturmaktadır. Videoların %90'ında, Lu-177 tedavisi öncesinde hedef hücrelerin tespiti için PSMA PET/BT çekilmesinin zorunlu bir adım olduğu net şekilde belirtilmiştir. Videoların %65'inde tedaviyle ilişkili yan etkilere değinilmiş olup, en sık vurgulanan yan etkiler kemik iliği baskılanması (%50) ve kserostomi (ağız kuruluğu, %40) olarak saptanmıştır. Videoların %55'inde ise tedavinin üroloji, nükleer tıp ve onkoloji hekimlerinin ortak kararı ve iş birliği ile yürütülmesi gerektiği (multidisipliner yaklaşım) açıkça vurgulanmıştır.

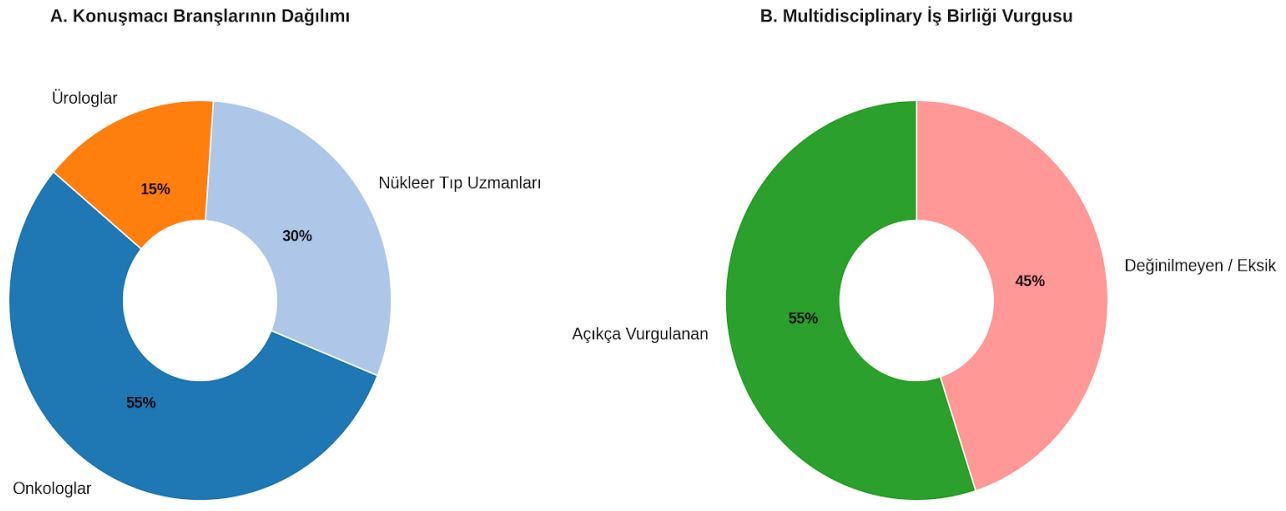
SONUÇ

YouTube, prostat kanserinde Lu-177 tedavisi için önemli bir dijital bilgi kaynağıdır. Popüler videolarda PSMA PET/BT zorunluluğu gibi tanısal adımlar yüksek oranda doğru aktarılsa da, üroloji ve nükleer tıp branşlarının ortak klinik yönetimini vurgulayan multidisipliner yaklaşım mesajı videoların sadece yarısında yer bulabilmiştir. Hastaların daha dengeli ve bilimsel bilgilere ulaşabilmesi adına, nükleer tıp ve üroloji derneklerinin ortak dijital bilgilendirme projeleri üretmesi büyük önem taşımaktadır.

Değerlendirilen Parametre	Gözlenen Sıklık (n)	Yüzde (%)	Kılavuz Uyumu ve Klinik Değerlendirme
Tedavi Öncesi PSMA PET/BT Zorunluluğu	18	%90	Mükemmel: Videoların neredeyse tamamı, tedavi öncesi doğru hasta seçimi için moleküler görüntülemenin şart olduğunu doğru aktarmaktadır.
Bildirilen Genel Yan Etkiler	13	%65	Orta Düzey: Dijital içeriklerin önemli bir kısmı (%35), hastaları potansiyel tedavi riskleri hakkında bilgilendirmekte yetersiz kalmaktadır.
Kemik İliği Baskılanması	10	%50	Yetersiz: Kritik hematolojik toksisitelere (anemi, trombositopeni, lökopeni) videoların yalnızca yarısında değinilmiştir.
Kserostomi / Ağız Kuruluğu	8	%40	Yetersiz: Yaşam kalitesini doğrudan etkileyen ve kalıcı olabilen tükürük bezi toksisitesi içeriklerin çoğunda eksiktir.

Popüler YouTube Videolarında Tartışılan Temel Klinik Gereksinimlerin ve Tedavi İlişkili Yan Etkilerin Dağılımı (N=20)

Figür 1. YouTube Videolarında Konuşmacı Branşları ve Çok Disiplinli Odak



SB-244) İNTRAVEZİKAL BCG TEDAVİSİ SONRASI ORTA VE YÜKSEK RİSKLİ KASA İNVAZE OLMAYAN MESANE KANSERİNDE BEŞ YILLIK NÜKS VE PROGRESYONUN BAĞIMSIZ KLİNİKOPATOLOJİK BELİRLEYİCİLERİ

ALİ CAN ALBAZ(1) AFGAN MAMMADLI(1) MUHAMMET BİLMİŞ(1) TALHA MUEZZİNOĞLU(1)

1. MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERİSTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ ÜROLOJİ ABD

AMAÇ

İntravezikal Bacillus Calmette–Guérin (BCG) tedavisi, orta ve yüksek riskli kasa invaze olmayan mesane kanserinde (KİOMK) standart adjuvan tedavi olmasına rağmen hastaların bir kısmında nüks ve progresyon gelişmektedir. Bu çalışmada intravezikal BCG tedavisi uygulanan orta ve yüksek riskli KİOMK hastalarında beş yıllık takipte nüks ve progresyonun bağımsız klinikopatolojik belirleyicilerinin ortaya konulması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif tek merkezli kohort çalışmasına 1 Ocak 2010–31 Aralık 2019 tarihleri arasında intravezikal BCG tedavisi uygulanan orta ve yüksek riskli KİOMK tanılı 462 hasta dahil edildi. Demografik, klinik ve patolojik değişkenler değerlendirildi. Nüks ve progresyon ile ilişkili faktörler tek değişkenli analizlerle incelendi; p<0,10 bulunan değişkenler çok değişkenli lojistik regresyon modeline alınarak bağımsız belirleyiciler saptandı.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 66,5±10,2 yıl olup %86,8'i erkekti; %73,8'i yüksek risk grubundaydı. Beş yıllık takipte 128 hastada (%27,7) nüks, 57 hastada (%12,3) progresyon gelişti. Nüks gelişen hastalarda sigara öyküsü (%76,6 vs %66,2), rekürren tümör öyküsü (%47,7 vs %32,9), tümör çapı ?3 cm (%50,8 vs %38,6), multifokalite (%53,1 vs %37,1), T1 evresi (%67,2 vs %51,5), yüksek dereceli histoloji (%78,9 vs %69,2), eşlik eden CIS (%29,7 vs %19,2) ve pozitif/şüpheli sitoloji (%55,5 vs %45,2) anlamlı olarak daha yüksekti. Çok değişkenli analizde rekürren tümör öyküsü (OR:1,55), tümör çapı ?3 cm (OR:2,34), multifokalite (OR:2,68) ve T1 evresi (OR:1,72) nüksün bağımsız belirleyicileri olarak bulundu. Progresyon analizinde T1 evresi (OR:2,45), pozitif/şüpheli idrar sitolojisi (OR:1,90) ve BCG tedavisinin yan etkiler nedeniyle sonlandırılması (OR:2,12) bağımsız belirleyiciler olarak saptandı (tümü p<0,05).

SONUÇ

İntravezikal BCG tedavisi sonrasında nüks ve progresyon farklı klinikopatolojik belirleyicilerle ilişkilidir. T1 evresi her iki sonlanım için ortak bağımsız belirleyici iken; rekürren tümör öyküsü, tümör çapı ve multifokalite nüksü, pozitif/şüpheli idrar sitolojisi ile BCG tedavisinin yan etkiler nedeniyle sonlandırılması ise progresyonu öngörmektedir. Bu bulgular, mevcut risk sınıflandırmalarının kolay ulaşılabilir klinikopatolojik değişkenlerle desteklenmesinin daha bireyselleştirilmiş takip ve tedavi stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayabileceğini göstermektedir.

SB-245) BCG TEDAVİSİ ALAN YÜKSEK RİSKLİ KAS İNVAZE OLMAYAN MESANE KANSERİNDE İDRAR PH'SININ ONKOLOJİK SONUÇLARA ETKİSİ

KEMAL KAYAR(1) RIDVAN KAYAR(1) BUĞRAHAN BUHUR ÖZDEMİR(1) EMRE KARABAY(2) CAĞATAY TOSUN(1) ÖMER ERGİN YÜCEBAŞ(1)

1. HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. acıbaden kartal hastanesi

AMAÇ

İntravezikal BCG, yüksek riskli kas invaze olmayan mesane kanserinde (KİOMK) standart adjuvan tedavi olmasına rağmen hastaların bir kısmında rekürrens ve progresyon gelişmektedir. İdrar pH'sının lokal immün mikroçevreyi etkileyerek BCG etkinliğini değiştirebileceği öne sürülmektedir. Bu çalışmada, idrar pH'sının BCG tedavisi alan yüksek riskli KİOMK hastalarında rekürrenssiz sağkalım ve progresyonsuz sağkalım üzerindeki rolünü araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif kohort çalışmasına merkezimizde TUR-Mesane tümörü yapılan ve yeterli doz BCG tedavisi alan 248 kas invaze olmayan mesane kanserli hasta dahil edildi. Tedavi öncesi rutin idrar analizinden elde edilen başlangıç idrar pH değeri kaydedildi. Rekürrenssiz ve progresyonsuz sağkalım Kaplan-Meier yöntemi ile değerlendirildi. Progresyon sayısının sınırlı olması nedeniyle çok değişkenli analizlerde ridge (L2) Cox regresyon modeli kullanıldı. İdrar pH'sı her 1 birimlik artış, yaş ise her 10 yıllık artış üzerinden modele dahil edildi. Modelin ayırt edici performansı Harrell'in konkordans indeksi (C-indeksi) kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR

İzlem süresince 43 hastada (%17,3) rekürrens, 28 hastada (%11,3) ise progresyon gelişti. Çok değişkenli analizde idrar pH'sının yüksek olması, rekürrenssiz sağkalım ile bağımsız olarak ilişkili bulundu (HR: 0,53; %95 GA: 0,29–0,96; p=0,035). Progresyonsuz sağkalım açısından ise idrar pH'sı benzer şekilde ters yönlü bir ilişki göstermekle birlikte, ridge düzeltmesi sonrasında istatistiksel anlamlılık sınırında kaldı (HR: 0,69; %95 GA: 0,48–1,00; p=0,052). Progresyon üzerinde en belirgin belirleyiciler karsinoma in situ varlığı ve tümör evresi olarak saptandı. Modelin ayırt edici performansı rekürrenssiz sağkalım için iyi (C-indeksi: 0,713), progresyonsuz sağkalım için ise yüksek düzeydeydi (C-indeksi: 0,841).

SONUÇ

İdrar pH'sı, BCG tedavisi uygulanan yüksek riskli KİOMK hastalarında rekürrenssiz sağkalım ile bağımsız olarak ilişkili bulundu. Kolay uygulanabilir ve düşük maliyetli bir biyobelirteç olarak BCG tedavi yanıtının öngörülmesinde kullanılabilir. Bulguların prospektif ve çok merkezli çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

Değişkenler	-	PFS	_	__	RFS	___	____	_____
-	Tek değişkenli	-	Çok değişkenli	-	Tek değişkenli	-	Çok değişkenli	-
-	HR (%95 GA)	p	HR (%95 GA)	p	HR (%95 GA)	p	HR (%95 GA)	p
KİS	6.81 (3.23–14.34)	<0.001	3.48 (2.07–5.86)	<0.001	0.97 (0.43–2.18)	0.939	–	–
Evre	5.08 (1.92–13.46)	0.001	1.88 (1.32–2.68)	<0.001	0.67 (0.37–1.23)	0.194	0.62 (0.31–1.21)	0.160
Yaş	1.58 (1.01–2.47)	0.044	1.21 (0.96–1.51)	0.103	1.34 (0.95–1.88)	0.097	1.34 (0.96–1.87)	0.091
İdrar pH	0.45 (0.21–0.99)	0.046	0.69 (0.48–1.00)	0.052	0.61 (0.33–1.12)	0.110	0.53 (0.29–0.96)	0.035
Sigara	2.71 (0.99–7.45)	0.053	–	–	1.48 (0.73–2.99)	0.281	–	–
Tümör konfigürasyonu	2.11 (0.97–4.58)	0.059	1.31 (0.81–2.10)	0.266	1.46 (0.75–2.85)	0.263	–	–
Hipertansiyon	0.49 (0.22–1.07)	0.073	–	–	1.29 (0.71–2.34)	0.412	–	–
KOAH	2.36 (0.90–6.22)	0.082	–	–	1.03 (0.37–2.88)	0.956	–	–
Dm	1.68 (0.79–3.56)	0.180	–	–	0.71 (0.36–1.42)	0.336	–	–
Cinsiyet	0.46 (0.11–1.94)	0.289	–	–	1.14 (0.48–2.71)	0.763	–	–
Tümör boyutu	1.43 (0.64–3.19)	0.389	–	–	1.90 (0.96–3.71)	0.062	1.83 (0.90–3.72)	0.097
Kah	0.89 (0.38–2.10)	0.794	–	–	0.78 (0.39–1.59)	0.499	–	–
eGFR	0.99 (0.99–1.01)	0.895	–	–	0.99 (0.98–1.01)	0.287	–	–
Kbh	0.98 (0.91–1.11)	0.931	–	–	1.07 (0.80–1.44)	0.651	–	–
Tümör odak sayısı	1.01 (0.48–2.12)	0.982	–	–	3.18 (1.66–6.12)	<0.001	2.61 (1.36–3.72)	0.004
Hidronefroz	0.99 (0.30–3.35)	0.999	–	–	1.23 (0.49–3.13)	0.662	–	–
Tümör derecesi	–	–	–	–	0.54 (0.25–1.16)	0.116	0.73 (0.31–1.71)	0.474

Rekürrenssiz ve progresyonsuz sağkalım için tek değişkenli ve ridge çok değişkenli Cox regresyon analizleri

SB-246) AÇIK RETROPUBİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI POSTOPERATİF KOMPLİKASYONLARIN ÖNGÖRÜLMESİNDE E-PASS SKORLAMA SİSTEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

AHMED ÖMER HALAT(1) ENES MALİK AKDAŞ(1) MUHLİS UNAL(2) ALİ ESER(1) MEHMET EMRE YÖRÜSÜN(1) HAKAN BOĞUŞLU(1) ABDULLAH BERKAY KEPİR(1)

1. kocaeli şehir hastanesi
2. kcoaeli şehir hastanesi

AMAÇ

Açık retropubik radikal prostatektomi uygulanan hastalarda E-PASS skorunun ameliyat sonrası komplikasyonları öngörmedeki performansını değerlendirmeyi ve bu skorlama sisteminin preoperatif risk sınıflandırmasındaki klinik değerini araştırmayı amaçlamaktadır

GEREÇ-YÖNTEM

E-PASS(Estimation of Physiologic Ability and Surgical Stress); Preoperative Risk Score (PRS), Surgical Stress Score (SSS) ve Comprehensive Risk Score (CRS) olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır.
PRS, yaş, ciddi kardiyak hastalık, ciddi pulmoner hastalık, diyabet varlığı, ECOG performans skoru ve ASA fiziksel durum sınıflaması kullanılarak hesaplandı.
$PRS = -0.0686 + 0.00345\times X0 + 0.323\times X^2 + 0.205\times X^3 + 0.153\times X4 + 0.148\times X5 + 0.0666\times X6$
Burada X0 yaş, X^2 ciddi kardiyak hastalık, X^3 ciddi pulmoner hastalık, X4 diyabet varlığı, X5 ECOG performans skoru ve X6 ASA fiziksel durum sınıflamasını ifade etmektedir.
SSS ise kan kaybının vücut ağırlığına oranı, operasyon süresi ve cerrahi kesi kapsamı kullanılarak hesaplandı.
$SSS = -0.342 + 0.0139\times X7 + 0.0392\times X8 + 0.352\times X9$
Bu çalışmada tüm hastalar açık retropubik yaklaşımla opere edildiğinden, cerrahi kesi kapsamını gösteren X9 değişkeni tüm olgularda 1 olarak kabul edildi.
Son olarak kapsamlı risk skoru (CRS), PRS ve SSS değerlerinden aşağıdaki formül kullanılarak hesaplandı:
$CRS = -0.328 + 0.936\times PRS + 0.976\times SSS$
CRS, postoperatif komplikasyonların öngörülmesinde kullanılan temel E-PASS parametresi olarak değerlendirildi.

BULGULAR

E-PASS bileşenleri değerlendirildiğinde, PRS [0.70 vs. 0.31, p<0.001] ve CRS [0.77 vs. 0.34, p<0.001] değerleri komplikasyon gelişen grupta daha yüksekti. SSS açısından ise anlamlı fark saptanmadı (p=0.900). CRS'nin postoperatif komplikasyonları öngörme performansı ROC eğrisi analizi ile değerlendirildi. ROC analizinde AUC 0.818 (%95 GA: 0.717–0.919; p<0.001) olarak bulundu. Youden indeksine göre en uygun eşik değer 0.58 olup, bu değerde duyarlılık %74 ve özgüllük %84 olarak hesaplandı. ROC analizinde belirlenen CRS ?0.58 eşik değer için pozitif prediktif değer %67.6, negatif prediktif değer ise %87.1 olarak hesaplandı. CRS ?0.58 olan hastalarda postoperatif komplikasyon gelişme olasılığı, bu değerin altında kalan hastalara göre daha yüksekti (OR=14.4, %95 GA: 5.29–37.68). Çok değişkenli analizde CRS ?0.58 (OR=13.05, %95 GA: 2.66–63.99; p=0.002), koroner arter hastalığı (OR=8.76, %95 GA: 1.25–61.16; p=0.029) ve VKİ (OR=0.74, %95 GA: 0.58–0.95; p=0.018) postoperatif komplikasyon gelişimi ile bağımsız olarak ilişkili bulundu. Diyabet, operasyon süresi, ECOG performans skoru ve CCI skoru açısından anlamlı bir ilişki saptanmadı (tümü için p>0.05).

SONUÇ

E-PASS Comprehensive Risk Score (CRS), açık retropubik radikal prostatektomi sonrası postoperatif komplikasyonları öngörmede güçlü bir performans göstermiştir. CRS ?0.58 değeri, komplikasyon riskinde belirgin artışla ilişkili olup yüksek duyarlılık ve özgüllük sağlamıştır. Bulgular, komplikasyon gelişiminde hastaya özgü fizyolojik durum ve komorbidite yükünün cerrahi stres parametrelerinden daha belirleyici olduğunu göstermektedir. E-PASS, preoperatif risk sınıflamasında uygulanabilir bir araç olup, yüksek riskli hastaların erken dönemde tanımlanmasına katkı sağlayabilir.

SB-247) BİR ÜROLOG GÖZÜYLE PERİFERİK KLİNİK ŞARTLARDA GENEL CERRAHİ İLE İŞ BİRLİĞİ: LAPAROSKOPİK RENAL CERRAHİDE BAŞLANGIÇ DENEYİMLERİMİZ VE 9 OLGU SERİSİ

ALİ ÜNAL(1) LEVENT ZİREK(1)

1. SİVAS DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

İkinci basamak bir devlet hastanesinde, daha önce primer laparoskopik böbrek cerrahisi deneyimi olmayan üroloji ve genel cerrahi ekibinin ortak öğrenme eğrisini aktarmak.
Nispeten daha düşük teknik zorluk barındıran laparoskopik renal kist dekortizasyonu (n=8) vakalarıyla kazanılan deneyimin, daha kompleks bir cerrahi olan laparoskopik nefrektomiye (n=1) geçişteki uygulanabilirliğini ve güvenilirliğini literatürle paylaşmak.

GEREÇ-YÖNTEM

Temmuz-2024 ve Aralık-2025 aralığında üroloji kliniğine başvuran ve semptomatik renal kistleri olan hastalar kontrast (+) bilgisayarlı tomografi ile değerlendirildi. Hastaların tamamına (i) semiflank pozisyonda 3 port girişi uygulandı, (ii) todl hattı mobilizasyonu sağlandı (bu aşamada genel cerrahi ekibinin batın içi laparoskopi deneyimi süreci oldukça kısalttı) ve (iii) böbreğe ulaşılarak perirenal yağ planları diseke edilerek kist yüzeyinde görüş sağlandı. Son olarak (iiii) kist cidarı tamamen dekortike edildi.
1-2. vakalar antero-inferior lokalizasyonluydu ve uygulamanın tamamı genel cerrah ve ürolog tarafından uygulandı.
3-4. vakalar infero-lateral ve süpero-medial lokalizasyonluydu. Port girişi ürolog tarafından yapıldı ve genel cerrah eşliğinde tamamlandı.
5-6. vakalar infero-posterior lokalizasyonluydu, port girişi ve Toldt hattı serbestlenmesi ürolog tarafından yapıldı, genel cerrah eşliğinde tamamlandı.
7-8. vakalar antero-medial ve posterior lokalizasyondu, vakanın tamamı ürolog tarafından gerçekleştirildi ve üreter psoas önünde tespit edildi.
9. vakada sağ atrofik böbrek için aynı pozisyon ve uygulamalar gerçekleştirildi. Ürolog ve genel cerrah tarafından (i) üreter askılandı, (ii) renal hilusa ulaşıldı, (iii) renal arter, ven ve üreter sırasıyla askılanarak böbrek diseke edildi.
Tüm cerrahilerden sonra retroperitona Jackson-Pratt dren yerleştirildi.

BULGULAR

Temmuz-2024 ve Aralık-2025 aralığında 9 hastaya cerrahi işlem uygulandı. Dahil edilen hastaların yaş ortalaması 62.3 ± 8.2 idi. Erkek (n=1) ve kadın (n=8) idi. Cerrahi işlem süresi renal kistler için 68,3 ± 12,7 dakika iken, nefrektomi için 118 dakikaydı. Renal kist dekortikasyonu yapılan hastaların tamamı 48 saat sonra taburcu edildi. Nefrektomi yapılan hasta 96 saat sonra taburcu edildi. Perop ve postop kan replasman ihtiyacı ve akut böbrek hasarı gelişmedi.

SONUÇ

Laparoskopik renal cerrahiler bir öğrenme eğrisine ihtiyaç duyar. Periferik şartlarda batın cerrahisi deneyimi yüksek olan genel cerrahlar, öğrenme eğrisinde iş birliği için uygun cerrahi partnerler olabilir.





SB-248) PROSTAT MR'DA LEZYON ÇAPININ KLİNİK ANLAMLI PROSTAT KANSERİNİ ÖNGÖRMEDE PI-RADS VE PSA DANSİTESİNE EK KATKISI: TEK MERKEZ GERÇEK YAŞAM ANALİZİ

MURAT BERDAN BARUT(1) MUSTAFA ONURALP YILMAZ(1) ROZA SEMİRAMİS ERZİNCANLI(1) BURAK KÖSEOĞLU(2) İLTÜRK ÖZDOĞAN (1) SERDAR TOKSÖZ(1) KEMAL GÜMÜŞ(1)

1. sincan eğitim ve araştırma hastanesi
2. polatlı devlet hastanesi

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, prostat manyetik rezonans görüntülemede (MR) bildirilen en büyük lezyon çapının klinik anlamlı prostat kanserini (csPCa, ISUP >= 2) öngörmedeki tanısal değerini ve Prostate Imaging-Reporting and Data System (PI-RADS) skoru ile prostat spesifik antijen (PSA) dansitesine (PSAD) ek katkısını retrospektif olarak değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2025–Nisan 2026 tarihleri arasında oluşturulan tek merkezli retrospektif kohortta prostat MR endikasyonu ile görüntülenen 249 hastanın klinik verileri, PI-RADS skoru, en büyük lezyon çapı, PSAD, biyopsi durumu ve patoloji sonuçları incelendi. Ana sonlanım csPCa varlığı olarak tanımlandı. Tanısal analizler histopatolojik doğrulaması olan biyopsi alt grubunda yapıldı; lezyon çapı eşikleri için sensitivite, spesifite, pozitif ve negatif prediktif değerler hesaplandı. Ayrım gücü, alıcı işlem karakteristiği (ROC) eğrisi altında kalan alan (AUC) ile değerlendirildi. PI-RADS ve PSAD içeren bir lojistik regresyon modeli (temel model) oluşturuldu; lezyon çapının bu modele eklenmesiyle elde edilen katkı olabilirlik oranı (likelihood ratio) testiyle değerlendirildi. Bu analiz, lezyon çapı raporlanan 75 hastayı kapsadı; biyopsi yapılan 91 hastanın 16'sında (11'i PI-RADS 2, 5'i PI-RADS 3-4) lezyon çapı raporlanmadı.

BULGULAR

Toplam 91 hastaya biyopsi yapıldı ve 22 hastada csPCa saptandı. Lezyon çapı 75 hastada mevcuttu. csPCa pozitif hastalarda medyan lezyon çapı 15.0 mm, csPCa negatiflerde 11.0 mm olarak bulundu (p=0.005). Aynı alt grupta (n=75) lezyon çapının tek başına AUC değeri 0.711, temel modelin (PI-RADS+PSAD) AUC değeri 0.858 idi; lezyon çapının temel modele eklenmesi AUC'yi 0.849'a değiştirdi ve katkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0.75). >= 20 mm eşik değeri yüksek spesifite (%96.3) ve PPV (%77.8) sağlarken sensitivite düşük kaldı (%33.3). Lezyon çapı raporlanan PI-RADS 4-5 hastalarında (n=52, csPCa n=21) >= 20 mm eşik değerinin PPV'si %87.5 olarak hesaplandı.

SONUÇ

Lezyon çapı csPCa ile ilişkili olmakla birlikte, PI-RADS ve PSAD'ye eklendiğinde aynı alt grup üzerinde anlamlı ek prediktif katkı sağlamamıştır; bu durum lezyon çapının taşıdığı bilginin önemli kısmının PI-RADS skoru içinde zaten temsil edildiğini düşündürmektedir. Büyük lezyon çapı, özellikle PI-RADS 4-5 lezyonlarda yüksek risk zenginleştirmesi sağlayabilir; ancak düşük sensitivite nedeniyle biyopsiden kaçınma kararı için tek başına kullanılmamalıdır. Tek merkezli ve retrospektif tasarım nedeniyle bulgular hipotez üretici nitelikte olup prospektif kohortlarda doğrulanmayı gerektirmektedir.

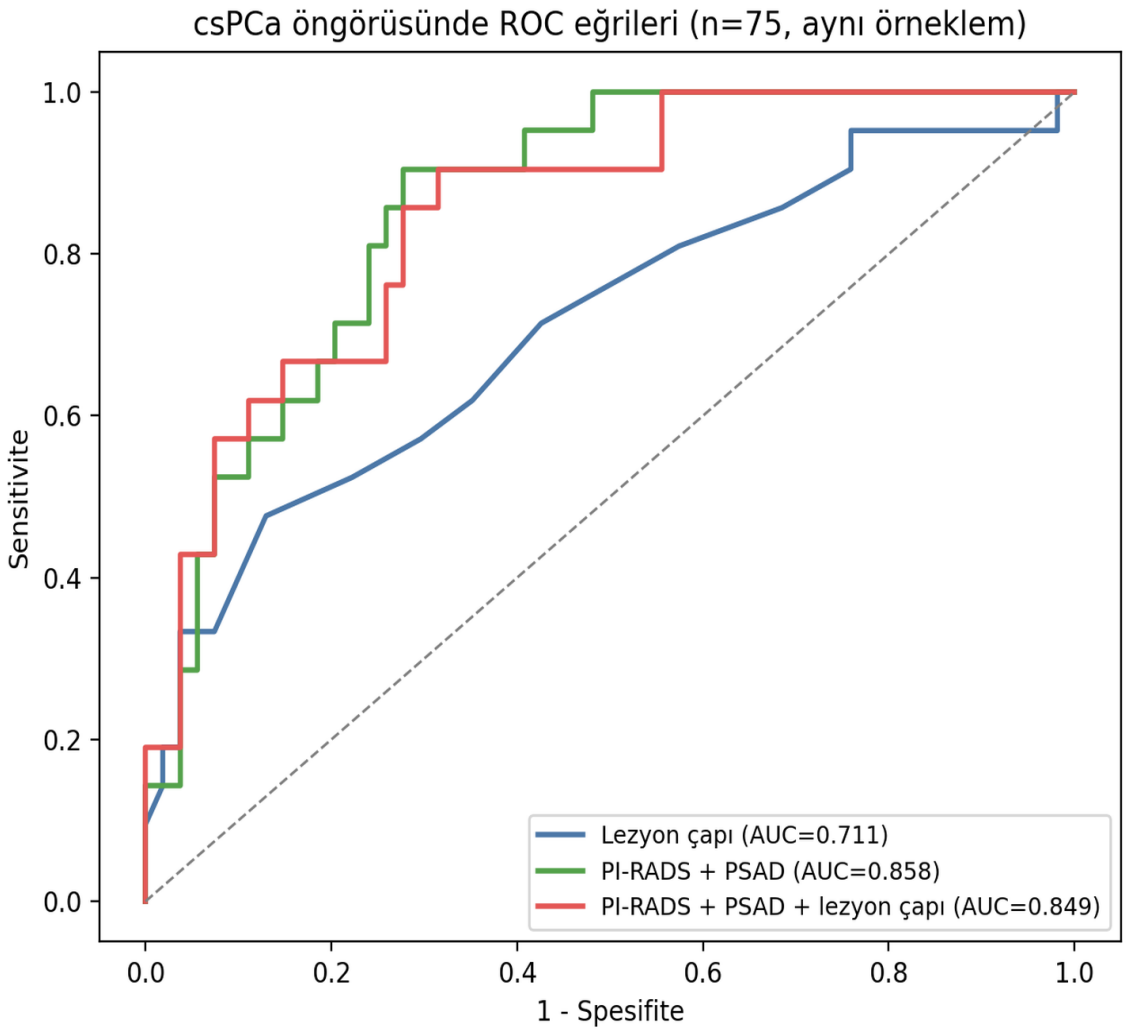
Değişken	csPCa yok (n=69)	csPCa var (n=22)	p
Yaş, yıl	67.0 (61.0-71.0)	70.0 (66.2-74.5)	0.065
PSA, ng/mL	7.7 (5.7-9.7)	9.4 (6.1-15.6)	0.044
PSAD, ng/mL/mL	0.1 (0.1-0.2)	0.2 (0.1-0.3)	0.004
Prostat hacmi, mL	57.0 (40.0-82.0)	54.0 (40.2-64.0)	0.436
En büyük lezyon çapı, mm	11.0 (9.0-14.0)	15.0 (11.0-21.0)	0.005
PI-RADS 4-5, n (%)	34 (49.3%)	21 (95.5%)	<0.001
Ekstrakapsüler uzanım, n (%)	0 (0.0%)	4 (18.2%)	0.002

Biyopsi yapılan hastalarda csPCa durumuna göre klinik ve MR özellikleri

Tablo 2. Lezyon çapı eşiklerine göre tanısal performans (n=75)

Eşik	Pozitif n	Sens. %	Spes. %	PPV %	NPV %	csPCa yakalanan	Kaçan csPCa
≥10 mm	55	85.7	31.5	32.7	85.0	18/21	3
≥12 mm	38	71.4	57.4	39.5	83.8	15/21	6
≥15 mm	23	52.4	77.8	47.8	80.8	11/21	10
≥20 mm	9	33.3	96.3	77.8	78.8	7/21	14

Aynı alt grupta (n=75) model AUC: lezyon çapı 0.711; PI-RADS+PSAD 0.858; PI-RADS+PSAD+lezyon çapı 0.849 (p=0.75, anlamsız).



SB-249) PARSİYEL NEFREKTOMİ SONRASI KLİNİK OLARAK ANLAMLI RENAL FONKSİYON KAYBININ PREDİKTÖRLERİ: TEK MERKEZLİ RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

MUHAMMET İHSAN ÖZTÜRK(1) MUSA EKİCİ(2) CEMİL AYDIN(2) MUSTAFA SERDAR ÇAĞLAYAN(2) MEHMET MURAT BAYKAM(2)

1. ALACA DEVLET HASTANESİ
2. HİTİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Parsiyel nefrektomi, lokalize böbrek tümörlerinin tedavisinde renal fonksiyonun korunmasını amaçlayan standart cerrahi yaklaşımdır. Bu çalışmada, parsiyel nefrektomi sonrası klinik olarak anlamlı renal fonksiyon kaybını öngören hasta, tümör ve cerrahiye ait faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif tek merkezli çalışmaya lokalize böbrek tümörü nedeniyle parsiyel nefrektomi uygulanan 66 hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, tümör boyutu, tümör kompleksitesi, sıcak iskemi süresi ve cerrahi verileri değerlendirildi. Renal fonksiyon, preoperatif ve postoperatif 12. ay tahmini glomerüler filtrasyon hızı kullanılarak değerlendirildi. Primer sonlanım noktası, postoperatif 12. ayda preoperatif değere göre ?%25 renal fonksiyon kaybı olarak tanımlandı. Bağımsız prediktörleri belirlemek amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı.

BULGULAR

Altmış altı hastanın 23'ünde (%34,8) klinik olarak anlamlı renal fonksiyon kaybı saptandı. Renal fonksiyon kaybı gelişen hastalarda yaş (p=0,032), tümör boyutu (p=0,007), sıcak iskemi süresi (p=0,001) ve cerrahi süre (p=0,017) anlamlı olarak daha yüksekti. Tümör kompleksitesi açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi (p=0,809). Çok değişkenli analizde yalnızca sıcak iskemi süresi bağımsız prediktör olarak belirlendi (OR: 1,259; %95 GA: 1,060–1,495; p=0,009). ROC analizinde sıcak iskemi süresi için 20 dakika eşik değerinin renal fonksiyon kaybını öngörmede 0,740 eğri altında kalan alan değeri, %60,9 duyarlılık ve %83,7 özgüllük sağladığı belirlendi.

SONUÇ

Parsiyel nefrektomi sonrası klinik olarak anlamlı renal fonksiyon kaybının bağımsız belirleyicisi sıcak iskemi süresidir. Cerrahi sırasında sıcak iskemi süresinin mümkün olduğunca kısa tutulması, postoperatif renal fonksiyonun korunmasına katkı sağlayabilir. Buna karşın bu çalışmada tümör kompleksitesinin renal fonksiyon kaybını öngörmede bağımsız bir katkısı gösterilememiştir.

Değişken	OR (%95 GA)	p
Yaş (her 1 yıl)	1,053 (0,999–1,110)	0,056
Tümör boyutu (her 1 cm)	1,560 (0,966–2,518)	0,069
Sıcak iskemi süresi (her 1 dk)	1,259 (1,060–1,495)	0,009

Tablo 1. Klinik olarak anlamlı renal fonksiyon kaybının bağımsız prediktörleri

SB-250) PROSTAT KANSERİ HASTALARINDA ANDROJEN DEPRİVASYON TEDAVİSİ SONRASI KLİNİK FLARE-UP: İNSİDANS, KLİNİK ÖZELLİKLER VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

ALİ CAN ALBAZ(1) SERHAT YAVUZ(1) OĞUZCAN ERBATU(1) OKTAY ÜÇER(1) GÖKHAN TEMELTAŞ(1) TALHA MÜEZZİNOĞLU(1)

1. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ

AMAÇ

Androjen deprivasyon tedavisi (ADT), lokal ileri ve metastatik prostat kanserinde temel tedavi seçeneklerinden biridir. Özellikle LHRH agonistleri ile tedavinin başlangıcında gelişebilen klinik flare-up, önemli morbiditeye yol açabilmektedir. Bu çalışmada, ADT başlanan prostat kanseri hastalarında tedavinin ilk 30 günü içerisinde gelişen klinik flare-up insidansının, klinik özelliklerinin ve ilişkili risk faktörlerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Mart 2023–Mart 2026 tarihleri arasında merkezimizde prostat kanseri nedeniyle ADT başlanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. İlk 30 güne ait takip verileri eksiksiz bulunan 168 hasta çalışmaya dahil edildi. Demografik veriler, başlangıç PSA düzeyi, ISUP Grade Group, metastatik hastalık, kemik ve vertebra metastazı, kullanılan ADT ajanı, eş zamanlı bikalutamid kullanımı ve başlangıç alt üriner sistem semptomları kaydedildi. Klinik flare-up; tedavinin ilk 30 günü içerisinde prostat kanserine bağlı mevcut semptomların belirgin kötüleşmesi veya yeni semptom gelişimi olarak tanımlandı. Klinik flare-up ile ilişkili faktörler tek değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 168 hastanın 14'ünde (%8,3) klinik flare-up gelişti. Olguların büyük kısmı tedavinin ilk haftasında ortaya çıktı. En sık klinik bulgular üriner semptomlarda kötüleşme (%64,3) ve kemik ağrısında artış (%57,1) olup, hastaların %78,6'sında ek poliklinik veya acil servis başvurusu, tamamında ise ek medikal veya cerrahi müdahale gereksinimi gelişti. Klinik flare-up gelişen hastalarda başlangıç PSA düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,006). Ayrıca metastatik hastalık (p=0,046), kemik metastazı (p=0,011), vertebra metastazı (p=0,005) ve başlangıç alt üriner sistem semptomlarının varlığı (OR:3,23; %95 GA:1,06–9,84) klinik flare-up ile ilişkiliydi. Buna karşın eş zamanlı bikalutamid kullanımı daha düşük flare-up riski ile ilişkili bulundu (OR:0,24; %95 GA:0,07–0,79).

SONUÇ

Çalışmamız, ADT başlanan prostat kanseri hastalarında klinik flare-up'ın her ne kadar düşük sıklıkta görülse de erken dönemde önemli klinik sonuçlara yol açabildiğini göstermektedir. Özellikle yüksek başlangıç PSA düzeyi, kemik ve vertebra metastazı ile başlangıç alt üriner sistem semptomları bulunan hastalar daha yüksek risk taşımaktadır. Eş zamanlı bikalutamid kullanımının daha düşük flare-up olasılığı ile ilişkili bulunması, yüksek riskli hastalarda antiandrojen tedavisinin koruyucu rolünü desteklemektedir. Tedavi öncesinde riskli hastaların belirlenmesi ve uygun önleyici stratejilerin uygulanması, erken dönem komplikasyonların azaltılması ve hasta yönetiminin optimize edilmesine katkı sağlayabilir. Bulguların çok merkezli ve prospektif çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir

Değişken	Flare-Up Yok	Flare-Up Var	p
Yaş	69,0±6,3	68,3±5,4	0,668
Başlangıç PSA	38,1 (14,0–75,0)	85,1 (42,0–150,0)	0,006
Metastatik Hastalık	%57,1	%85,7	0,046
Kemik Metastazı	%49,4	%85,7	0,011
Vertebra Metastazı	%20,8	%57,1	0,005
Alt Üriner Sistem Semptomu	%29,2	%57,1	0,039
Bikalutamid	%88,3	%64,3	0,019

Klinik flare-up gelişen ve gelişmeyen hastaların karşılaştırılması

SB-251) TRANSREKTAL VE TRANSPERİNEAL PROSTAT BİYOPSİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI: KOMPLİKASYONLAR VE KANSER SAPTANMA ORANLARI AÇISINDAN TEK MERKEZ DENEYİMİ

SERDAR GEYLAN(1) AHMET ENES BAŞKIRAN(1) NİYAZİ SERHAT YOLAY(1) ERHAN SARI(1) EFE ÖNEN(1) SEDAT ÖNER(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Çalışmanın amacı kliniğimizde Aralık 2024-Mart 2026 tarihleri arasında uygulanan transrektal (TRB) ve transperineal (TPB) prostat biyopsisi tekniklerini postoperatif komplikasyonlar ve kanser saptanma oranları açısından retrospektif olarak karşılaştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Aralık 2024 – Mart 2026 tarihleri arasında prostat kanseri şüphesi ile transrektal ultrasonografi (TRUS) eşliğinde prostat biyopsisi uygulanan 145 hasta çalışmaya dahil edildi. Transrektal biyopsi grubunda 97, transperineal biyopsi grubunda 48 hasta yer aldı. Tüm işlemler lokal anestezi altında standart 12 kor protokolüyle (seçili olgularda ek hedefli korlarla) gerçekleştirildi. Sürekli değişkenler için Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenler için Ki-kare veya Fisher'in kesin testi kullanıldı; $p<0.05$ istatistiksel anlamlılık eşiği olarak kabul edildi.

BULGULAR

Gruplar arasında yaş (medyan 68.0 vs 65.5 yıl; p=0.277), medyan PSA (9.9 vs 8.1 ng/mL; p=0.096) ve prostat hacmi (66.0 vs 60.0 mL; p=0.816) açısından anlamlı fark saptanmadı. Kanser saptanma oranı TRB'de %51.5, TPB'de %33.3 olup fark istatistiksel anlamlılık sınırına yakındı (p=0.058). ASAP oranı TPB'de daha yüksek görülmekle birlikte anlamlılığa ulaşmadı (%8.3 vs %2.1; p=0.093). Komplikasyonlar incelendiğinde rektal kanama (TRB %4.1 vs TPB %0.0; p=0.302), hematüri (TRB %6.2 vs TPB %2.1; p=0.425) ve sepsis (TRB %1.0 vs TPB %0.0; p=1.000) açısından anlamlı fark yoktu; ancak tüm bu komplikasyonlar yalnızca TRB grubunda gözlendi. Prostat dışı patoloji saptanma oranı ise TPB grubunda istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek bulundu (%14.6 vs %3.1; p=0.016).

SONUÇ

Her iki teknik arasında kanser saptanma oranı açısından istatistiksel anlamlılığa ulaşmayan bir eğilim gözlemlenmekle birlikte (p=0.058), sepsis, rektal kanama ve hematospermi gibi enfeksiyöz ve hemorajik komplikasyonlar yalnızca TRB grubunda görüldü. Prostat dışı patoloji saptanmasındaki anlamlı fark (p=0.016), transperineal yaklaşımın anatomik kapsamının farklılığını yansıtmaktadır. TPB, lokal anestezi altında uygulanabilir, kabul edilebilir bir güvenlik profiliyle TRB'ye karşılaştırılabilir klinik etkinlik sunmaktadır. Öğrenme eğrisi tamamlandıkça kanser saptanma oranlarının yakınsayacağı öngörülmektedir.

Tablo 1. Demografik Özellikler, Patoloji ve Kanser Bulguları

Parametre	Transrektal (n=97)	Transperineal (n=48)	p
Demografik Veriler			
Yaş, yıl · medyan (IQR) [min–maks]	68.0 (62.0–72.0) [46.0–81.0]	65.5 (60.0–72.0) [48.0–84.0]	0.277
Total PSA, ng/mL · medyan (IQR) [min–maks]	9.9 (6.4–19.7) [4.0–92.6]	8.1 (5.7–12.6) [2.6–46.9]	0.111
Prostat Hacmi, mL · medyan (IQR) [min–maks]	66.0 (46.0–85.0) [24.0–160.0]	60.0 (44.0–90.0) [14.0–230.0]	0.816
Lokal Anestezi, n (%)	97 (%100)	48 (%100)	—
Patoloji			
Adenokarsinom, n (%)	50 (%51.5)	16 (%33.3)	0.058
BPH, n (%)	45 (%46.4)	28 (%58.3)	0.058
ASAP, n (%)	2 (%2.1)	4 (%8.3)	0.093
Kanser Özellikleri (adenokarsinom olgular, n=50 / n=16)			
Kanser kor sayısı · medyan (IQR) [min–maks]	5.0 (3.0–7.8) [1.0–12.0]	2.5 (1.0–5.2) [1.0–10.0]	0.091
Kanser kor yüzdesi, % · medyan (IQR) [min–maks]	41.7 (25.0–58.3) [8.3–100.0]	20.8 (8.3–43.8) [8.3–83.3]	0.091
ISUP 1, n (%)	21 (%42.0)	8 (%50.0)	—
ISUP 2, n (%)	11 (%22.0)	6 (%37.5)	—
ISUP 3, n (%)	7 (%14.0)	1 (%6.3)	—
ISUP 4, n (%)	7 (%14.0)	0 (%0.0)	—
ISUP 5, n (%)	4 (%8.0)	1 (%6.3)	—
Yüksek dereceli kanser (ISUP ≥4), n (%)	11 (%22.0)	1 (%6.3)	0.266

*Sürekli değişkenler: medyan (IQR) [min–maks]; Mann-Whitney U testi. Kategorik değişkenler: n (%); Ki-kare veya Fisher kesin testi. *p<0.05. —: test uygulanmadı.*

Tablo 2. Postoperatif Komplikasyonlar

Komplikasyon	Transrektal n (%)	Transperineal n (%)	p
Acil Servis Başvurusu	5 (%5.2)	1 (%2.1)	0.664
Servis Yatışı	2 (%2.1)	0 (%0.0)	1.000
Sepsis	1 (%1.0)	0 (%0.0)	1.000
Hematüri	6 (%6.2)	1 (%2.1)	0.425
Hematospermi	2 (%2.1)	0 (%0.0)	1.000
Rektal Kanama	4 (%4.1)	0 (%0.0)	0.302
Ateş	2 (%2.1)	1 (%2.1)	1.000
İnflamasyon (Glob↑)	3 (%3.1)	0 (%0.0)	0.551
Postop Antibiyotik	2 (%2.1)	0 (%0.0)	1.000
Prostat Dışı Patoloji	3 (%3.1)	7 (%14.6)	**0.016***

*Fisher kesin testi. *p<0.05*

SB-252) FLEKSİBL SİSTOSKOPİ UYGULANAN MESANE TÜMÖRÜ TAKİP HASTALARINDA ALFA-BLOKÖR KULLANIMI İLE İŞLEM SONRASI AĞRI VE ANKSİYETE SKORLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

İSMAİL BAŞARAN(1) ANIL EKER(1) MERTCAN DAMA(2)

1. İZMİR ŞEHİR HASTANESİ
2. BUCA SEYFİ DEMİRSOY HASTANESİ

AMAÇ

Mesane tümörü takibinde ilk kontrol fleksibl sistoskopisi yapılan hastalarda, halihazırda alfa blokör kullanımı ile işlem sonrası ağrı ve anksiyete skorları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Tek merkezli, gözlemsel ve karşılaştırmalı bu çalışmaya İzmir Şehir Hastanesi Üroloji Kliniği'nde rutin klinik endikasyonla ilk kontrol fleksibl sistoskopisi yapılan mesane tümörü takip hastaları dahil edildi. Tüm işlemler fleksibl sistoskop ve standart lokal anestezik jel uygulaması eşliğinde gerçekleştirildi. Hastalar işlem tarihinde alfa-blokör kullanan ve kullanmayan olmak üzere iki gruba ayrıldı. Birincil sonlanım ölçütü işlem sonrası Visual Analog Scale (VAS) ağrı skoru, ikincil sonlanım ölçütü Hastane Anksiyete Ölçeği skoruydu. Gruplar arası karşılaştırmalar uygun parametrik veya non-parametrik testlerle yapıldı. Yaş dengesizliğinin olası etkisini değerlendirmek amacıyla yaşa göre düzeltilmiş doğrusal regresyon analizi uygulandı. $p<0,05$ istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Toplam 51 hasta analiz edildi; 26 hasta alfa blokör kullanırken 25 hasta alfa blokör kullanmıyordu. Alfa blokör grubunda yaş ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksekti (64.81±8.79 vs 55.04±16.36 yıl; p=0.012). VAS ağrı skoru alfa blokör grubunda anlamlı derecede daha düşüktü (3.04±1.08 vs 5.80±1.26; ortalama fark -2.76, %95 GA -3.42 – -2.10; p<0.001). Anksiyete skorları arasında anlamlı fark yoktu (3.58±1.30 vs 3.96±1.17; p=0.379). Yaşa göre düzeltilmiş doğrusal regresyon analizinde alfa blokör kullanımı daha düşük VAS skoru ile ilişkili kalmaya devam etti (ß=-2.56; %95 GA -3.21 – -1.91; p<0.001).

SONUÇ

Fleksibl sistoskopi uygulanan mesane tümörü takip hastalarında alfa blokör kullanımı, daha düşük VAS ağrı skorları ile ilişkili bulundu. Anksiyete düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmadı. Bulgular, alfa blokörlerin işlem konforu üzerine olası olumlu etkisini düşündürmekle birlikte, gözlemsel tasarım ve gruplar arası yaş dengesizliği nedeniyle prospektif, randomize ve daha geniş örneklemli çalışmalarla doğrulanmalıdır.

Parametre	Alfa blokör kullanan (n=26)	Kullanmayan (n=25)	Ortalama fark (%95 GA)	Test	p
Yaş, yıl	64.81 ± 8.79	55.04 ± 16.36	9.77 (2.27 – 17.27)	Welch t-testi	0.012
VAS ağrı skoru	3.04 ± 1.08	5.80 ± 1.26	-2.76 (-3.42 – -2.10)	Mann-Whitney U	<0.001
Anksiyete skoru	3.58 ± 1.30	3.96 ± 1.17	-0.38 (-1.08 – 0.31)	Mann-Whitney U	0.379

Tablo 1. Grupların temel karşılaştırması. Ortalama fark alfa blokör grubu eksi kontrol grubu olarak verilmiştir. GA: güven aralığı; VAS: Visual Analog Scale

SB-253) TRANSREKTAL, MR FÜZYON VE TRANSPERİNEAL PROSTAT BİYOPSİLERİNİN TEK MERKEZ DENEYİMİ

HUSEYİN BATUR(1) ENES YILDIRIM VURAL(1) DOĞAN SABRİ TOK(1) BİRGÜL TOK(2) ERHAN DEMİRELLİ(1) ERCAN ÖĞREDEN(1) URAL OĞUZ(1)

1. Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Giresun
2. Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Giresun

AMAÇ

Prostat kanseri tanısında transrektal, transperineal ve manyetik rezonans (MR) füzyon biyopsileri yaygın olarak kullanılmaktadır. Literatürde biyopsi yöntemlerinin hasta özellikleri ve lezyon lokalizasyonuna bağlı olarak klinik anlamlı prostat kanseri saptama performanslarının değişebileceği bildirilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde uygulanan üç farklı biyopsi yönteminin patolojik sonuçları karşılaştırıldı.

GEREÇ-YÖNTEM

Mayıs 2025–Mayıs 2026 tarihleri arasında prostat biyopsisi uygulanan 277 hasta prospektif olarak değerlendirildi. Hastaların 183'üne (%66,1) transrektal, 60'ına (%21,7) MR füzyon ve 34'üne (%12,3) transperineal biyopsi uygulandı. Demografik, laboratuvar, radyolojik ve patolojik veriler karşılaştırıldı

BULGULAR

Gruplar arasında yaş (65,0; 66,0; 64,8 yıl; p=0,329), PSA (7,6; 7,1; 8,2 ng/mL; p=0,664), PSA dansitesi (p=0,147), serbest PSA (p=0,120) ve prostat hacmi (81,5; 74,8; 67,8 mL; p=0,087) açısından anlamlı fark saptanmadı.

Preoperatif multiparametrik prostat MR görüntüleri 272 hastada değerlendirildi. PI-RADS dağılımı biyopsi yöntemleri arasında benzerdi (p=0,219). Transrektal, MR füzyon ve transperineal gruplarda sırasıyla PI-RADS 5 oranları %23,3, %40,7 ve %45,5 olarak bulundu.

Toplam 277 hastanın 156'sında (%56,3) benign prostat hiperplazisi, 121'inde (%43,7) prostat adenokarsinomu saptandı. ISUP dağılımı sırasıyla derece 1'de %20,9, derece 2'de %10,8, derece 3'te %3,6, derece 4'te %6,9 ve derece 5'te %1,4 idi. Gruplara ait ayrıntılı ISUP dağılımı Tablo 1'de sunulmuştur.(Tablo:1)

ISUP ?2 saptama oranı transrektal, MR füzyon ve transperineal biyopsi gruplarında sırasıyla %18,0, %26,7 ve %41,2 idi. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,009).

Ancak çok değişkenli lojistik regresyon analizinde yalnızca yaş (OR=1,122; %95 GA: 1,062–1,186; p<0,001) ve PI-RADS skoru (OR=2,713; %95 GA: 1,815–4,056; p<0,001) bağımsız prediktif faktörler olarak belirlenirken, biyopsi yöntemi bağımsız bir belirleyici olarak bulunmadı (genel p=0,115; Nagelkerke R^2=0,478).

SONUÇ

Kliniğimizin bir yıllık deneyiminde biyopsi yöntemi, çok değişkenli analizde klinik anlamlı prostat kanseri saptanmasında bağımsız bir belirleyici olarak bulunmadı. Bu nedenle biyopsi yöntemi seçiminde hasta yaşı, PSA düzeyi, PI-RADS skoru ve lezyon lokalizasyonu birlikte değerlendirilmelidir.

Sonuç	Transrektal	MR Füzyon	Transperineal
BPH	112 (61,2)	30 (50,0)	14 (41,2)
ISUP 1	38 (20,8)	14 (23,3)	6 (17,6)
ISUP 2	17 (9,3)	6 (10,0)	7 (20,6)
ISUP 3	5 (2,7)	3 (5,0)	2 (5,9)
ISUP 4	11 (6,0)	3 (5,0)	5 (14,7)
ISUP 5	0	4 (6,7)	0
Toplam	183	60	34

Tablo1 : 3 farklı prostat biyopsi türünden elde edilen patoloji sonuçlarının ISUP grade farkları

Sonuç	Transrektal	MR Füzyon	Transperineal
Herhangi bir prostat kanseri	71/183 (%38,8)	30/60 (%50,0)	20/34 (%58,8)
ISUP≥2	33/183 (%18,0)	16/60 (%26,7)	14/34 (%41,2)
		genel p=0,115; Nagelkerke R^2=0,478	

SB-254) LATERAL MESANE DUVARI TÜMÖRLERİNİN BİPOLAR TRANSÜRETRAL REZEKSİYONU SIRASINDA OBTURATOR SİNİR REFLEKS GELİŞİMİ AÇISINDAN RİSK FAKTÖRLERİ

GÜNAL ÖZGÜR(1) YUNUS EMRE GENÇ(1) CEYHUN ÖZDEMİROĞLU(2) BURAK MERT BEKTAŞ(2) YUSUF ŞENOĞLU(2) MURAT KARS(1) HAYDAR KAMİL ÇAM(2) TARIK EMRE ŞENER(2)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Obturator sinir refleksi (ONR), bipolar teknoloji kullanımına rağmen lateral mesane duvarı tümörlerinin (LMDT) transüretral rezeksiyonu (TUR) sırasında önemli bir intraoperatif zorluk olmaya devam etmektedir. Artmış risk taşıyan hastaların belirlenmesi cerrahi güvenliği ve karar verme sürecini iyileştirebilir.

GEREÇ-YÖNTEM

2019 ile 2025 tarihleri arasında LMDT nedeniyle bipolar TUR uygulanan hastalar retrospektif olarak analiz edildi. Hastalar intraoperatif ONR gelişimine göre gruplandırıldı. Demografik, tümöre ait ve perioperatif değişkenler karşılaştırıldı. Çok değişkenli lojistik regresyon ve ROC analizleri yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 304 LMDT hastası dahil edildi ve 36 hastada (%11,8) ONR gelişti. Gruplar arasında yaş, VKİ, ASA skoru, cinsiyet, hipertansiyon, diyabet, mesane tümörü öyküsü ve risk grupları açısından anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Anestezi tipi, tümör lokalizasyonu, tümör sayısı, operasyon süresi, patolojik tanı, tümör evresi ve derecesi de benzerdi. Ancak ONR gelişen hastalarda en büyük LMDT boyutu anlamlı olarak daha yüksekti (50 vs. 25 mm; p=0,006). Rezeksiyon materyalinde muskularis propria varlığı ONR grubunda daha düşük olmasına rağmen fark anlamlı değildi (%47,2 vs. %63,1; p=0,067).

Perioperatif hemoglobin ve hematokrit değişimleri, uzamış kanama, yeniden girişim gereksinimi ve komplikasyon oranları açısından gruplar benzerdi. Buna karşın, ONR gelişen hastalarda Foley kateterizasyon süresi daha uzundu (4 vs. 3 gün; p=0,004). Çok değişkenli analizde artan LMDT boyutu (OR: 1,02; p=0,041) ve ileri yaş (OR: 1,04; p=0,048) ONR için bağımsız risk faktörleri olarak bulundu. ROC analizinde LMDT boyutu (AUC=0,643; p=0,006) ve yaşın (AUC=0,614; p=0,028) ONR öngörüsünde sınırlı fakat anlamlı ayırt edici değere sahip olduğu görüldü. Yaklaşık 30 mm tümör boyutu ve 65 yaş, klinik olarak anlamlı eşik değerler olarak öne çıktı. Toplam 7 hastada (%2,3) mesane perforasyonu gelişti; bunların yalnızca 3'ü ONR ile ilişkiliydi ve tümü konservatif olarak yönetildi.

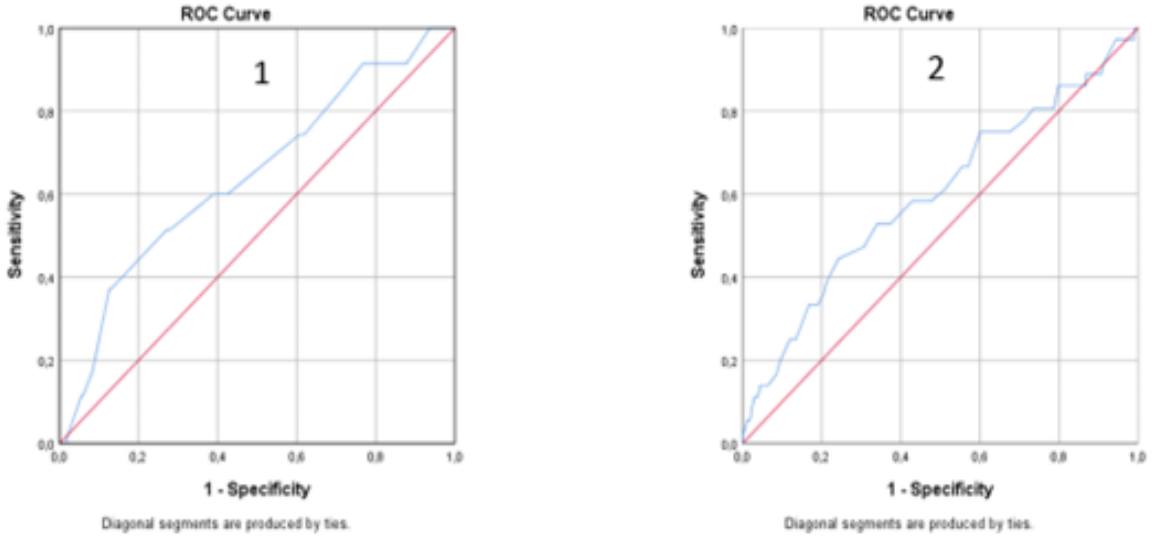
SONUÇ

Bipolar teknolojiye rağmen LMDT rezeksiyonu sırasında ONR klinik olarak anlamlı bir oranda görülmektedir. Büyük tümör boyutu ve ileri yaş ONR riskini bağımsız olarak artırmaktadır. Bu parametreler kullanılarak yapılacak preoperatif risk sınıflaması, intraoperatif güvenliği artırmak amacıyla koruyucu stratejilerin seçici kullanımını destekleyebilir.

Tablo 1. Obturator refleks için prediktörlerin çok değişkenli lojistik regresyon analizi

	Exp(B)	95%CI for Exp(B)	P value
Yaş, yıl	1.04	1-1.07	**0.048**
BMI, kg/m^2	0.97	0.9-1.05	0.437
En büyük tümör boyutu, mm	1.02	1.01-1.04	**0.041**
Tümür Derecesi	1.7	0.67-4.29	0.262
Rezeksiyon materyalinde muskularis propria varlığı	0.56	0.26-1.22	0.144

Şekil 1. Obturator refleksin öngörülmesinde tümör boyutu ve yaş için ROC eğrileri



Şekil 1. ROC analizinde en büyük LMDT boyutu (1) ve yaşın (2), TURBT sırasında ONR öngörüsündeki performansı gösterilmiştir. LMDT için AUC 0,643 (%95 GA: 0,542–0,744; p=0,006), yaş için ise 0,598'dir (%95 GA: 0,492–0,705; p=0,028). Yaklaşık 30 mm tümör boyutu ile ≥65 yaş, ONR riskini öngörmede klinik olarak anlamlı eşik değerler olarak bulunmuştur.

SB-255) SPERMATİK KORDA METASTAZ: RENAL HÜCRELİ KARSİNOM

GÖKTUĞ ATNALLAR(1) MAHMUT AVAŞ(1) FATİH ÇOLAK(1) İLKE ONUR KAZAZ(1) SEHER NAZLI KAZAZ(2) GİZEM TEOMAN(1) FEYYAZ ÖZDEMİR(1) RASİN ÖZYAVUZ(1)

1. KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Skrotal yapılara Renal hücreli karsinomun (RHK) metastazı oldukça nadir görülmekte ve skrotal alanda izlenen patolojilerde benign inflamatuvar hastalıklar öncelikle akla gelmektedir. Epididimit/funikülit ön tanısıyla değerlendirilen ve ilerleyen süreçte histopatolojik olarak metastatik berrak hücreli RHK saptanan hastanın sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Metastatik berrak hücreli RHK nedeniyle nivolumab tedavisi almakta olan 57 yaşındaki erkek hasta, bir aydır devam eden sol skrotal ağrı ve şişlik nedeniyle değerlendirildi. Fizik muayenede sol spermatik kord boyunca düzensiz ve hassas kitle saptandı. Skrotal ultrasonografide intratestiküler kitle izlenmezken sol epididim ve spermatik kordda kalınlaşma ile vaskülarite artışı görüldü ve bulgular epididimit/funikülit ile uyumlu olarak değerlendirildi. Antibiyotik tedavisine rağmen klinik yanıt alınamaması üzerine sol inguinal eksplorasyon planlandı ve işlem sol radikal orşiektomi ile sonuçlandı. Cerrahi materyal histopatolojik ve immünohistokimyasal olarak incelendi.

BULGULAR

Makroskopik incelemede spermatik kord ve epididimi tutan infiltratif sert lezyon izlendi. Histopatolojik değerlendirmede spermatik kord, epididim ve paratestiküler dokuları tutan metastatik berrak hücreli RHK saptandı. İmmünohistokimyasal incelemede PAX8, CD10, pan-CK, CK7 ve CAIX pozitif bulunurken germ hücreli, melanositik ve mezotelyal tümör belirteçleri negatif saptandı ve renal köken doğrulandı. Postoperatif takipte yaygın sistemik hastalık progresyonu izlendi ve hasta ilerleyici metastatik hastalık nedeniyle kaybedildi.

SONUÇ

Spermatik kord, epididim ve paratestiküler dokuların RHK metastazı son derece nadir olup klinik olarak epididimit veya funiküliti taklit edebilir. RHK öyküsü bulunan hastalarda persistan skrotal semptomlar ve atipik paratestiküler lezyon varlığında metastatik hastalık ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

SB-256) PARATESTİKÜLER GRANÜLER HÜCRELİ TÜMÖRDE TESTİS KORUYUCU CERRAHİ: NADİR BİR OLGU

HASAN ARDA DURAK(1) MURAT ŞAMBEL(1) UMUR CEM TOPCU(1) MEHMET AKİF AYDIN(1)

1. ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Granüler hücreli tümör (GHT), Schwann hücre kökenli olduğu kabul edilen, çoğunlukla benign seyirli nadir bir yumuşak doku neoplazmıdır. Erkek genital sistem yerleşimi oldukça nadir olup, paratestiküler lokalizasyonu ve testis koruyucu cerrahi ile tedavisi literatürde sınırlı sayıda bildirilmiştir. Klinik ve radyolojik bulgular özgül olmadığından malign paratestiküler tümörlerden preoperatif ayırımı güç olabilmekte ve radikal cerrahi gündeme gelebilmektedir. Bu çalışmada, testis koruyucu cerrahi ile başarılı şekilde tedavi edilen paratestiküler granüler hücreli tümör olgusunun klinik, radyolojik ve patolojik özelliklerinin sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

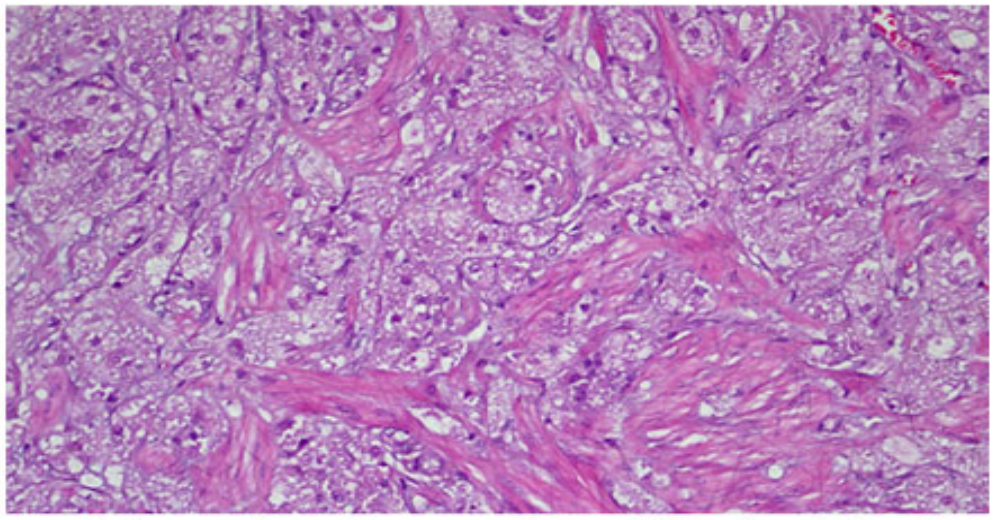
Kırk yaşında erkek hasta sağ hemiskrotumda ele gelen ağrısız kitle nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sağ testis inferior pol komşuluğunda yaklaşık 1,5 cm çapında düzgün sınırlı paratestiküler kitle palpe edildi. Serum AFP 2,1 ng/mL, ß-hCG 0,05 mIU/mL ve LDH 242 U/L olarak saptandı. Skrotal ultrasonografide sağ testis alt pol düzeyinde testis kapsülünü deplase eden, 14×5 mm boyutlarında, düzgün sınırlı, oval şekilli hipoekoik paratestiküler lezyon izlendi. Bir aylık takip sürecinde kitlenin boyutunda belirgin değişiklik izlenmedi. Malignite olasılığı dışlanamadığından sağ inguinal eksplorasyon gerçekleştirildi. Spermatik kord kontrol altına alınarak testis skrotum dışına çıkarıldı. İntraoperatif değerlendirmede testisin inferiorunda, epididim komşuluğunda yaklaşık 1,5 cm çapında düzgün sınırlı paratestiküler kitle izlendi. Lezyon total olarak eksize edildi. Tümör tabanından ek cerrahi sınır örneği alındı ve eksizyon sonrası oluşan defekt primer sütür ile onarıldı.

BULGULAR

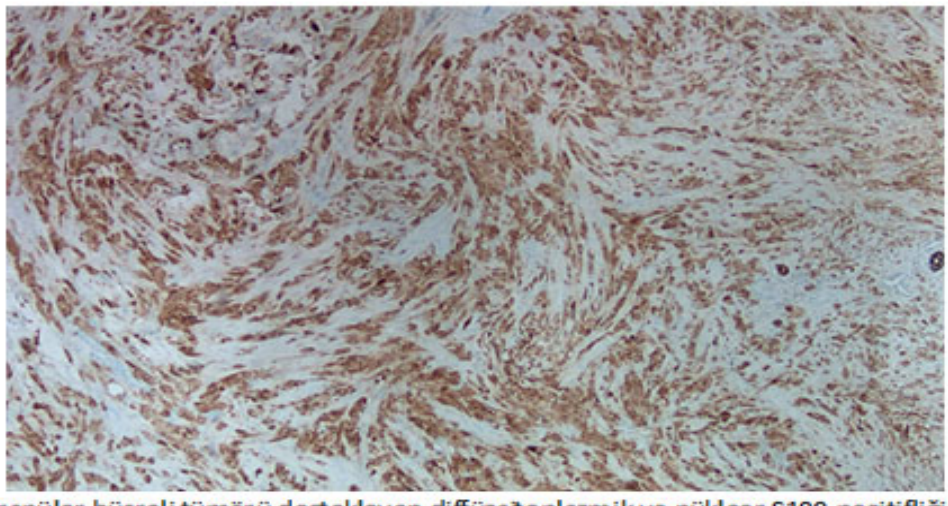
Histopatolojik incelemede 1,3×0,5×0,5 cm boyutunda, geniş eozinofilik granüler sitoplazmaya sahip poligonal hücrelerden oluşan granüler hücreli tümör saptandı. İmmünohistokimyasal incelemede tümör hücreleri S100 ve CD68 ile pozitif; PLAP, OCT4, PanCK ve INSM1 ile negatif boyandı. Tümör tabanından alınan ek cerrahi sınır örneğinde malignite izlenmedi. Erken postoperatif dönemde yara yeri sorunsuz iyileşti; birinci ay kontrolünde fizik muayenede nüks veya komplikasyon saptanmadı.

SONUÇ

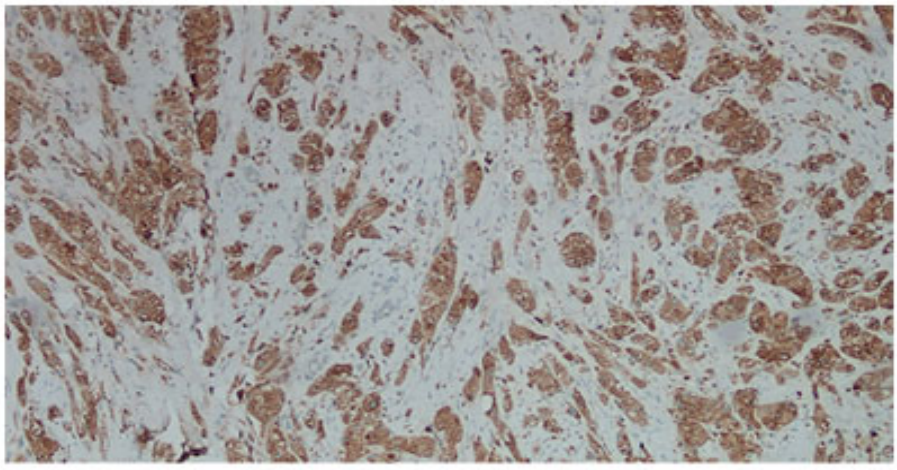
Paratestiküler solid kitlelerde preoperatif klinik ve radyolojik değerlendirme benign ve malign lezyonların ayrımında her zaman yeterli olmayabilir. Uygun hasta seçimi ve inguinal eksplorasyon ile gerçekleştirilen testis koruyucu komplet eksizyon, seçilmiş olgularda hem tanısal hem de tedavi edici güvenli bir yaklaşım sunmaktadır. Granüler hücreli tümörler nadir görülmekle birlikte paratestiküler kitlelerin ayırıcı tanısında akılda tutulmalı; uygun olgularda organ koruyucu cerrahi gereksiz orşiektominin önüne geçebilir.



Şekil 1. Hematoksilen-eozin boyamada geniş granüler eozinofiliksitoplazmalıpoligonal hücrelerden oluşan granüler hücreli tümörün histomorfolojik görünümü (×20).



Şekil 2. Granüler hücreli tümörü destekleyen diffüzsitoplazmik ve nükleer S100 pozitifliği (×10).



Şekil 3. Tümör hücrelerinde diffüz CD68 immünohistokimyasal pozitifliği (×10).

GERİ ÇEKİLMİŞTİR

SB-258) CD276 EKSPRESYONUNUN METASTATİK HORMON DUYARLI PROSTAT KANSERİNDE PROGNOSTİK ÖNEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

SÜMEYYE TERZİ(1) KUTSAL YÖRÜKOĞLU(1) HÜSEYİN SALİH SEMİZ(1) VOLKAN ŞEN(1)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

CD276, immün kontrol noktası antijenleri arasında yer alan, immün baskılama ve tümör progresyonunda rol oynayan bir moleküldür. Literatürde CD276 yüksekliğinin kötü prognozla ilişkili olabileceği gösterilmiş olup bu çalışmada da CD276 (B7-H3) ekspresyonunun metastatik hormon duyarlı prostat kanserindeki (mHSPC) prognostik öneminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı ve Üroloji Anabilim Dalı'na başvuran 2014–2024 yılları arasında metastatik hormon duyarlı prostat kanseri tanısı alan 111 hastanın verileri kullanılarak gerçekleştirildi. CD276 ekspresyonu, arşivde bulunan prostat biyopsi örnekleri anti-B7-H3 monoklonal antikor ile boyanarak değerlendirildi. Boyama var/yok ve boyama yoğunluğu 0–3 arasında skorlanarak "yüksek olmayan" (0–2) ve "yüksek" (3) olarak ikişer grupta sınıflandırıldı.

BULGULAR

Toplam 111 hastanın ortanca yaşı 76 (69–82) yıl idi. CD276 ekspresyonu %92,8 oranında saptandı; olguların %63,1'inde yüksek yoğunlukta ekspresyon mevcuttu. CD276 pozitif hastalarda tanı PSA düzeyi 52,7 (12,6–227) ng/mL iken negatif grupta 13,3 (7,65–17,4) ng/mL idi (p=0,047). Benzer şekilde nadir PSA değeri pozitif grupta anlamlı olarak yüksekti (0,30 vs. 0,02; p=0,001) (Tablo 1). Koroner arter hastalığı oranı yüksek olmayan CD276 grubunda %24,6 iken yüksek yoğunluk grubunda %10 idi (p=0,042) (Tablo 2).

SONUÇ

CD276 ekspresyonu metastatik hormon duyarlı prostat kanserinde olumsuz prognostik göstergelerle ilişkili bulunmuştur. Yüksek CD276 düzeyi, tanı PSA'sı ve metastatik tutulum paternleriyle bağlantılı olup bu molekülün mHSPC alt tiplerinde prognostik sınıflandırma ve hedefe yönelik tedavi yaklaşımlarında potansiyel bir biyobelirteç olarak kullanılabileceği düşünülmektedir.

Tablo 1. CD276 Ekspresyonu Varlığına Göre Hastaların Klinik, Radyolojik ve Patolojik Parametrelerinin Karşılaştırılması

		CD276 EKSPRESYONU		
		YOK N=8*	VAR N=103*	p
TANI PSA DEGERI (ng/ml)		13.3 (7.65-17.4)	52.7 (12.6-227)	**0.047****
NADIR PSA DEGERI (ng/ml)		0.02 (0.01-0.03)	0.3 (0.04-5)	**0.001****
BOLGESEL OLMAYAN LENF NODU TUTULUMU	YOK	2 (25.0)	44(42.7)	0.466***
	VAR	6 (75.0)	59(57.3)	
KEMIK TUTULUMU	YOK	3 (37.5)	14(13.6)	0.103***
	VAR	5 (62.5)	89(86.4)	
VISSERAL ORGAN TUTULUMU	YOK	5 (62.5)	76(73.8)	0.444***
	VAR	3 (37.5)	27(26.2)	
SAGKALIM (AY)		91.5 (64-116)	52 (26-91)	0.072***
SURVIVAL	SAG	4 (50.0)	30(29.1)	0.246***
	EX	4 (50.0)	73(70.9)	
ISUP	1	-	2(1.9)	0.586***
	2	1 (12.5)	14(13.6)	
	3	-	13(12.6)	
	4	3 (37.5)	18(17.5)	
	5	4 (50.0)	56(54.4)	
PERINORAL INVAZYON	YOK	2 (25.0)	12(11.7)	0.265***
	VAR	6 (75.0)	91(88.3)	
EKSTRA KAPSULER INVAZYON	YOK	7 (87.5)	70(68.0)	0.431***
	VAR	1 (12.5)	33(32.0)	
INTRADUKTAL KARSINOM	YOK	7 (87.5)	83(80.6)	>0.999***
	VAR	1 (12.5)	20(19.4)	

*n (%); Ortanca (25.-75. ceyrekler)

** Mann Whitney U testi

*** Fisher'in kesin testi

**** Pearson Ki-kare testi

Tablo 2. CD276 Ekspresyon Yoğunluğuna Göre Hastaların Klinik, Radyolojik ve Patolojik Parametrelerinin Karşılaştırılması

		CD276 EKSPRESYONU YOĞUNLUĞU		
		YUKSEK OLMAYAN N=41*	YUKSEK N=70*	p
TANI PSA DEGERI (ng/ml)		40 (3.4 - 1343)	69 (2.5 – 5480)	0.113**
NADIR PSA DEGERI (ng/ml)		41 (0.01 - 139)	70 (0.01 - 691)	**0.016****
BOLGESEL OLMAYAN LENF NODU TUTULUMU	YOK	12 (29.3)	34(48.6)	**0.046*****
	VAR	29 (70.7)	36(51.4)	
KEMIK TUTULUMU	YOK	8 (19.5)	9(12.9)	0.347*****
	VAR	33 (80.5)	61(87.1)	
VISSERAL ORGAN TUTULUMU	YOK	27 (65.9)	54 (77.1)	0.196*****
	VAR	14 (34.1)	16 (22.9)	
SAGKALIM (AY)		41 (6-202)	70 (5-245)	0.826**
SURVIVAL	SAG	9 (21.9)	25 (35.7)	0.129*****
	EX	32 (78.1)	45 (64.3)	
ISUP	1	-	2 (2.8)	0.083***
	2	8 (19.6)	7 (10)	
	3	7 (17)	6 (8.6)	
	4	10 (24.4)	11 (15.7)	
	5	16 (39)	44 (62.9)	
PERINORAL INVAZYON	YOK	7 (17.1)	7 (10)	0.279*****
	VAR	34 (82.9)	63 (90)	
EKSTRA KAPSULER INVAZYON	YOK	32 (78.1)	45(64.3)	0.129*****
	VAR	9 (21.9)	25(35.7)	
INTRADUKTAL KARSINOM	YOK	37 (90.2)	53 (75.7)	0.059*****
	VAR	4 (9.8)	17 (24.3)	

*n (%); Ortanca (25.-75. ceyrekler)

** Mann Whitney U testi

*** Fisher'in kesin testi

**** Pearson Ki-kare testi

SB-259) D'AMİCO ORTA RİSK PROSTAT KANSERLİ HASTALARDA ÇOK PARAMETRELİ MRG (MPMRG) VE PSA DANSİTESİNİN LOKAL İLERİ EVRE HASTALIK ÖNGÖRÜSÜNDEKİ ROLÜ

MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) CAN AHMET KARABACAK(1) VOLKAN ŞEN(1) BORA İRER(2) OZAN BOZKURT(1)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. EŞREFPAŞA DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

D'Amico orta risk grubu prostat kanseri hastaları, biyokimyasal ve patolojik açıdan heterojen bir yapıya sahiptir. Bu çalışmada, radikal prostatektomi (RP) uygulanan D'Amico orta risk prostat kanserli hastalarda ameliyat öncesi çok parametreli manyetik rezonans görüntüleme (mpMRG) bulgularının (özellikle PI-RADS 5 skorunun), rektal tuşe (RT) bulgularının ve PSA dansitesinin (PSAd) post-operatif patolojideki ekstrakapsüler invazyon (ECE), seminal vezikül invazyonu (SVI), lenf nodu (LN) pozitifliği ve lokal ileri evre hastalık (ECE+ veya SVI+ veya LN+) varlığını öngörmedeki klinik değerini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Mayıs 2021 ile Mayıs 2025 tarihleri arasında, biyopsi histopatolojisi, rektal tuşe bulguları ve PSA değerlerine göre D'Amico orta risk grubu prostat kanseri saptanan ve kliniğimizde radikal prostatektomi uygulanan 115 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, preoperatif PSA, prostat hacmi, PSAd, biyopsi ISUP skorları, mpMRG PI-RADS skorları ve RT bulguları kaydedildi. Post-RP patoloji sonuçlarında ECE, SVI ve LN durumu değerlendirildi. Verilerin analizinde Ki-Kare testi, Fisher's Exact test ve PSAd için ROC eğrisi analizi kullanıldı.

BULGULAR

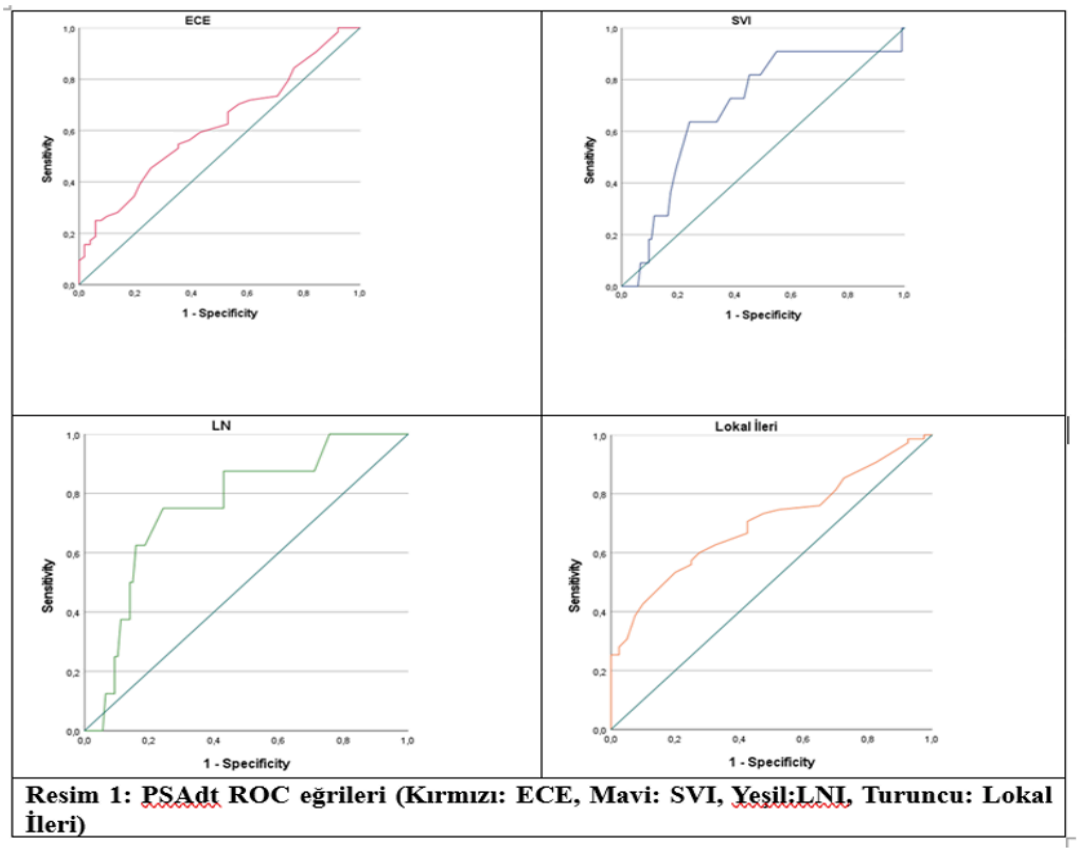
Değerlendirilen 115 hastanın medyan PSA değeri 7.50 ng/ml (3.10-19.10), medyan PSAd değeri 0.17 ng/ml/cc (0.03-1.00) idi. Preoperatif RT'de %37.4 (n=43) hastada nodül veya malignite lehine bulgu varken, %62.6 (n=72) hastada benign saptandı. Biyopsi ISUP grupları sırasıyla ISUP 1 %8.7 (n=10), ISUP 2 %75.7 (n=87) ve ISUP 3 %15.7 (n=18) idi. mpMRG'de PI-RADS 5 lezyon oranı %33.0 (n=38) olarak izlendi. Post-operatif RP patolojisinde hastaların %55.7'sinde (n=64) ECE, %9.6'sında (n=11) SVI ve %7.0'ında (n=8) LN pozitifliği saptandı; toplamda %65.2 (n=75) hastada lokal ileri evre patoloji izlendi. mpMRG'de PI-RADS 5 skoru varlığı ile SVI ($p=0.023$) ve LN pozitifliği ($p=0.001$) arasında anlamlı ilişki saptandı. PI-RADS 5 olan hastaların %18.4'ünde SVI ve %18.4'ünde LN pozitifliği izlenirken; PI-RADS 1-4 olan grupta bu oranlar sırasıyla %5.2 ve %1.3 idi (Tablo 1). RT bulguları ve PSAd'nin cut-off >0.1 değerleri ile patolojik sonuçlar arasında Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (sırasıyla $p>0.05$). PSAd için yapılan ROC analizinde; ECE tahmini için PSAd AUC değeri 0.617 ($p=0.031$, cut-off: 0.21, duyarlılık: %45.3, özgüllük: %74.5); SVI tahmini için AUC 0.694 ($p=0.035$, cut-off: 0.23, duyarlılık: %63.6, özgüllük: %76.1); LN pozitifliği için AUC 0.758 ($p=0.015$, cut-off: 0.23, duyarlılık: %75.0, özgüllük: %75.7) ve Lokal İleri hastalık tahmini için AUC 0.702 ($p < 0.001$, cut-off: 0.20, duyarlılık: %53.0, özgüllük: %80.0) olarak tespit edildi (Resim 1)

SONUÇ

D'Amico orta risk prostat kanserli hastalarda preoperatif mpMRG'de PI-RADS 5 saptanması, radikal prostatektomi sonrası seminal vezikül invazyonu ve lenf nodu metastazını güçlü bir şekilde öngörmektedir. Ayrıca, PSA dansitesinin (PSAd) ROC analizinde belirlenen cut-off değerleri (ECE için >0.21, SVI/LN için >0.23 ve genel lokal ileri evre için >0.20), orta risk grubundaki hastalarda lokal ileri hastalık varlığını tahmin etmede son derece kullanışlı klinik parametrelerdir.

-	_	ECE (-)	ECE (+)	p
RT	Benign	35	37	-
-	Nodul/Sert	16	27	0.234
PSAdt	<0.1	12	10	-
-	>0.1	39	54	0.284
PIRADS	1-4	34	43	-
-	5	17	21	0.953
-	-	SVI (-)	SVI (+)	-
RT	Benign	66	6	-
-	Nodul/Sert	38	5	0.561
PSAdt	<0.1	21	1	-
-	>0.1	83	10	0.373
PIRADS	1-4	73	4	-
-	5	31	7	0.023
-	-	LNI (-)	LNI (+)	-
RT	Benign	68	4	-
-	Nodul/Sert	39	4	0.445
PSAdt	<0.1	22	0	-
-	>0.1	85	8	0.154
PIRADS	1-4	76	1	-
-	5	31	7	0.001
-	-	Local İleri (-)	Lokal İleri (+)	-
RT	Benign	29	43	-
-	Nodul/Sert	11	32	0.109
PSAdt	<0.1	11	11	-
-	>0.1	29	64	0.096
PIRADS	1-4	30	47	-
-	5	10	28	0.180

ECE,SVI,LNI ve Lokal İleri hastalığı öngermede klinik verilerin yeri



Resim 1: PSAdt ROC eğrileri (Kırmızı: ECE, Mavi: SVI, Yeşil:LNI, Turuncu: Lokal İleri)

SB-260) RADİKAL SİSTEKTOMİ SONRASI İLEUS GELİŞMESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER: 198 HASTANIN RETROSPEKTİF ANALİZİ

ABDULLAH ERDOĞAN(1) OKTAY ŞENER(1) MİRAÇ GÜVEN(1) İLYAS YILMAZ(1) ERGİN KALKAN(1) SEDAT ÖNER(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Radikal sistektomi (RS), kas invaziv mesane kanseri ve yüksek riskli yüzeyel mesane tümörlerinin standart cerrahi tedavisidir. İleus, RS sonrasında görülen önemli komplikasyonlardan biri olup postoperatif morbiditeyi ve hastane yatış süresini belirgin şekilde artırmaktadır. Bu çalışmada, tek merkezli 198 hastalık retrospektif kohortumuzda RS sonrası ileus gelişmesini etkileyen preoperatif, perioperatif ve patolojik faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2021–Mart 2026 yılları arasında kliniğimizde RS uygulanan 198 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. İleus tanımı; postoperatif yatış döneminde radyolojik veya klinik olarak kanıtlanmış bağırsak tıkanıklığı ya da uzamış gastrointestinal işlev gecikmesi şeklinde belirlendi.

Kliniğimizde tüm RS vakalarında mekanik bağırsak temizliği (MBT) rutin olarak uygulanmamakta; modern ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protokolleriyle uyumlu biçimde preoperatif oral beslenme 6 saat öncesine dek sürdürülmektedir. Postoperatif beslenme rejimi aşamalı olarak ilerletilmekte olup Rejim 1 (berrak sıvı), Rejim 2 (yumuşak gıda) ve Rejim 3 (normal diyet) geçiş günleri kayıt altına alınmıştır. Preoperatif rutin opioid kullanım verileri ve postoperatif analjezi protokolüne ilişkin ayrıntılı kayıtlar mevcut veritabanında yer almadığından bu parametreler analize dahil edilememiştir.Preoperatif değişkenler olarak yaş, vücut kitle indeksi (VKİ), ASA skoru, ECOG performans durumu, Charlson Komorbidite İndeksi (CCI), sigara öyküsü, önceki batın cerrahisi öyküsü, neoadjuvan kemoterapi (NAKT), preoperatif hidronefroz, hemoglobin (Hgb) ve nötrofil-lenfosit oranı (NLO) değerlendirildi. Perioperatif değişkenler arasında cerrahi teknik, operasyon süresi, kanama miktarı, perioperatif/postoperatif ES transfüzyonu, üriner diversiyon tipi ve bağırsak stapler kullanımı incelendi. Patolojik değişkenler olarak pT evresi, karsinoma in situ (KİS), lenf nodu (LN) tutulumu, çıkarılan LN sayısı ve cerrahi sınır pozitifliği analiz edildi. Sürekli değişkenler Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenler Ki-kare veya Fisher kesin testi ile karşılaştırıldı ($p<0,05$ anlamlı).

BULGULAR

198 hastanın 16'sında (%8,1) postoperatif ileus gelişti. İleus grubundaki hastaların 15'i (%93,8) erkek olup medyan yaş 71,0 yıl idi. Çıkarılan lenf nodu sayısı ileus grubunda medyan 20,0 iken ileussuz grupta 16,0 olup bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p=0,044$). Diğer tüm preoperatif, perioperatif ve patolojik değişkenlerde iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı.

İleus gelişen 16 hastanın 13'ü (%81,2) nazogastrik dekompresyon, oral beslenmenin kesilmesi ve medikal tedaviyi kapsayan konservatif yaklaşımla sorunsuz iyileşti. Clavien-Dindo sınıflamasına göre hastaların 7'si Grade 1, 6'sı Grade 2 olarak değerlendirildi. Üç hastada (%18,8) cerrahi müdahale gerekti; ikisinde reoperasyon uygulanırken birinde barsak fistülü nedeniyle yeniden girişim yapıldı (Grade 3).

SONUÇ

Radikal sistektomi sonrası ileus sıklığı bu seride %8,1 olarak saptanmış olup preoperatif ve perioperatif değişkenler açısından gruplar arasında anlamlı farklılık izlenmemiştir. Çıkarılan lenf nodu sayısının ileus grubunda anlamlı düzeyde yüksek olması dikkat çekici bir patolojik bulgu olmakla birlikte, bağımsız risk faktörü olarak ortaya konması için daha geniş serili çok değişkenli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1. Preoperatif, Perioperatif ve Patolojik Değişkenlerin İleus ile İlişkisi

Değişken	İleus gelişen n:16	İleus gelişmeyen n: 182	p değeri
PREOPERATİF VERİLER			
Yaş, medyan, IQR (yıl)	71,0 (59,2–76,2)	69,0 (64,0–74,0)	0,845
VKİ, medyan, IQR (kg/m²)	23,9 (21,6–26,2)	23,6 (21,4–25,6)	0,969
Charlson Komorbidite İndeksi	4,0 (2,0–4,0)	4,0 (2,0–6,0)	0,325
Preop Hemoglobin, medyan, IQR (g/dL)	12,5 (10,8–13,2)	11,4 (10,1–12,8)	0,185
Preop NLR, medyan, IQR	3,2 (1,9–5,6)	3,4 (2,3–6,1)	0,694
Preop GFR, medyan, IQR (mL/dk)	61,9 (47,0–82,2)	71,0 (53,0–85,5)	0,602
ASA skoru, n (%)			0,754
ASA 1	0 (%0,0)	1 (%0,5)	
ASA 2	3 (%18,8)	19 (%10,4)	
ASA 3	11 (%68,8)	142 (%78,0)	
ASA 4	2 (%12,5)	20 (%11,0)	
ECOG Performans Skoru, n (%)			0,935
ECOG 0	1 (%6,2)	15 (%8,2)	
ECOG 1	13 (%81,2)	138 (%75,8)	
ECOG 2	2 (%12,5)	26 (%14,3)	
ECOG 3	0 (%0,0)	3 (%1,6)	
Sigara öyküsü, n (%)			1,000
Yok	7 (%43,8)	75 (%41,2)	
Var	9 (%56,2)	107 (%58,8)	
Önceki batın cerrahisi, n (%)			1,000
Yok	15 (%93,8)	167 (%91,8)	
Var	1 (%6,2)	15 (%8,2)	
Neoadjuvan KT, n (%)			0,706
Yok	13 (%81,2)	160 (%87,9)	
Var	3 (%18,8)	22 (%12,1)	
Preop Hidronefroz, n (%)			0,260
Yok	13 (%81,2)	130 (%71,4)	
Sağ	0 (%0,0)	15 (%8,2)	
Sol	3 (%18,8)	19 (%10,4)	
Bilateral	0 (%0,0)	18 (%9,9)	
PATOLOJİK VERİLER			
Çıkarılan LN sayısı, medyan, IQR	20,0 (16,0–26,8)	16,0 (11,0–23,8)	**0,044**
pT evresi, n (%)			0,172
pTa	0 (%0,0)	6 (%3,3)	
pT1	0 (%0,0)	3 (%1,6)	
pT2	0 (%0,0)	28 (%15,4)	
pT3	1 (%6,2)	34 (%18,7)	
pT4	2 (%12,5)	36 (%19,8)	
Karsinoma in situ, n (%)			0,426
Yok	14 (%87,5)	137 (%75,3)	
Var	2 (%12,5)	45 (%24,7)	
LN tutulumu, n (%)			0,330
Yok	13 (%81,2)	120 (%65,9)	
Var	3 (%18,8)	62 (%34,1)	
Cerrahi sınır, n (%)			0,868
Negatif	15 (%93,8)	162 (%89,0)	
Pozitif	1 (%6,2)	20 (%11,0)	
PERİOPERATİF VERİLER			
Op. süresi, medyan, IQR (dk)	305,0 (218,8–347,5)	270,0 (210,0–315,0)	0,178
Kanama miktarı, medyan, IQR (mL)	350,0 (300,0–412,5)	350,0 (300,0–450,0)	0,978
Cerrahi teknik, n (%)			1,000
Açık	16 (%100,0)	180 (%98,9)	
Laparoskopik+Açık anastomoz	0 (%0,0)	2 (%1,1)	
Periop. ES transfüzyonu, n (%)			0,879
Yok	12 (%75,0)	127 (%69,8)	
Var	4 (%25,0)	55 (%30,2)	
Postop. ES transfüzyonu, n (%)			0,338
Yok	8 (%50,0)	119 (%65,4)	
Var	8 (%50,0)	63 (%34,6)	
Üriner diversiyon tipi, n (%)			0,928
Üreterkutanostomi	2 (%12,5)	24 (%13,2)	
Wallace İleal Loop	12 (%75,0)	123 (%67,6)	
Bricker İleal Loop	0 (%0,0)	11 (%6,0)	
Mod. Y-tip Ortotopik Neobladder	2 (%12,5)	21 (%11,5)	
Mod. Studer Ortotopik Neobladder	0 (%0,0)	1 (%0,5)	
Bağırsak stapleri, n (%)			0,868
Kullanılmadı	1 (%6,2)	20 (%11,0)	
Kullanıldı	15 (%93,8)	162 (%89,0)	
Oral beslenme Rejim 1 geçiş günü*	2,0 (2,0–2,0)	2,0 (2,0–2,0)	0,672
Oral beslenme Rejim 2 geçiş günü*	4,0 (3,2–4,0)	4,0 (3,0–5,0)	0,762
Oral beslenme Rejim 3 geçiş günü*	5,0 (4,2–5,0)	5,0 (4,2–5,0)	0,653
Gaz çıkışı, medyan, IQR (gün)*	2,0 (2,0–2,8)	2,0 (2,0–3,0)	0,523
Gayta çıkışı, medyan, IQR (gün)*	5,0 (4,2–5,0)	5,0 (5,0–6,0)	0,466
Dren çekim günü, medyan, IQR*	5,0 (5,0–5,8)	6,0 (5,0–6,0)	0,650
Yatış süresi, medyan, IQR (gün)	9,0 (7,0–10,2)	8,0 (6,8–9,0)	0,113

IQR: interquartil aralık; LN: lenf nodu; ES: eritrosit süspansiyonu; NLR: nötrofil/lenfosit oranı; KT: kemoterapi.
**Sadece kayıt mevcut olan hastalarda hesaplanmıştır (n=72). p<0,05 istatistiksel anlamlı (sarı ile gösterilmiştir).*

SB-261) KAS İNVAZİV OLMAYAN MESANE TÜMÖRLERİNDE FARKLI BCG SUŞLARININ YAN ETKİ PROFİLLERİ VE ONKOLOJİK SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

ERHAN SARI(1) MİRAÇ GÜVEN(1) ÖMER YILMAZ(1) EFE ÖNEN(1) MEHMET DOĞAN(1) SEDAT ÖNER(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, kas invaziv olmayan mesane tümörü tanısı ile transüretral mesane rezeksiyonu (TUR-M) sonrası intravesikal Bacillus Calmette-Guérin (BCG) immünoterapisi uygulanan hastalarda dört farklı BCG suşunun (RIVM, Russian, Brazilian Moreau ve Danish) indüksiyon tamamlanma oranları, idame tedavi uyumu, yan etki profilleri ve kısa dönem onkolojik sonuçlarını retrospektif olarak karşılaştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2025 – Haziran 2026 tarihleri arasında kliniğimizde kasa invaziv olmayan mesane tümörü nedeniyle TUR-M yapılan ve ardından intravesikal BCG tedavisi başlanan 63 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar aldıkları BCG suşuna göre dört gruba ayrıldı: RIVM (n=17), RUSSIAN (n=14), BRAZILIAN MOREAU (n=11) ve DANISH (n=21). Standart 6 haftalık indüksiyon protokolü uygulandı; uygun hastalarda idame tedavisine devam edildi. Sürekli değişkenlerin karşılaştırmasında Kruskal-Wallis testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırmasında Ki-kare veya Fisher'ın kesin testi kullanıldı. $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Ortalama hasta yaşı 68.6 ± 8.8 yıl olup hastaların %82'si erkekti. Dört grup arasında yaş, cinsiyet ve tümör patolojisi açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Klinik özellikler ve tedavi uyum verileri Tablo 1'de sunulmuştur.

İndüksiyon tedavisinde ortalama kür sayısı tüm gruplarda benzerdi (RIVM: 4.7±1.9, SII-ONCO: 4.9±1.5, ONCOBCG: 5.1±1.5, DANISH: 4.9±1.7; $p=0.942$). Standart 6 kürlük indüksiyonu tamamlayan hasta oranı ONCOBCG/Moreau (%64) ve DANISH (%62) gruplarında RIVM (%53) ve SII-ONCO (%50) gruplarına kıyasla numerik olarak daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı ($p=0.778$). İdame tedavisi tüm gruplarda benzer oranlarda uygulandı (%18-29; $p=0.908$); idame alan hastalarda kür sayısı da gruplar arasında farklılık göstermedi ($p=0.920$). Kısa dönem onkolojik sonuçlar ve yan etki profilleri Tablo 2'de sunulmuştur. Tümör nüksü RIVM grubunda %35 iken Brazilian-Moreau grubunda hiç izlenmedi; bu fark istatistiksel sınırda kaldı ($p=0.097$). Ciddi sistemik yan etki olan sepsis ve YBÜ yatışı hiçbir grupta gözlenmedi. Acil başvurusu ($p=0.706$) ve servis yatışı ($p=0.566$) oranları gruplar arasında benzerdi.

SONUÇ

Dört farklı BCG suşunun kısa dönem karşılaştırmasında indüksiyon tamamlanma oranları, idame tedavi uyumu ve yan etki profilleri açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı; tüm suşlar benzer tolerabilite sergiledi. Brazilian-Moreau grubunda nüks gözlenmemesi onkolojik etkinlik açısından dikkat çekici olmakla birlikte, hasta dağılımındaki heterojenlik ve kısa takip süresi göz önüne alındığında bu bulgunun prospektif ve daha geniş serilerle doğrulanması gerekmektedir.

Tablo 1. Demografik özellikler ve tedavi uyum verileri

	BCG-RIVM (n=17)	SII-ONCO (n=14)	ONCOBCG (n=11)	DANISH (n=21)	p değeri
Yaş (ort ± SS)	69.5±10.9	69.5±7.1	67.9±6.3	67.7±9.4	0.750†
Erkek cinsiyet, n (%)	15 (%88)	12 (%86)	9 (%82)	16 (%76)	0.349‡
Patoloji, n (%)					
Ta	5 (%29)	8 (%57)	5 (%45)	11 (%52)	0.223‡
CIS	3 (%18)	1 (%7)	0 (%0)	0 (%0)	
T1	9 (%53)	4 (%29)	6 (%55)	10 (%48)	
İndüksiyon Tedavisi					
İndüksiyon sayısı (ort ± SS)	4.7±1.9	4.9±1.5	5.1±1.5	4.9±1.7	0.942†
6 kür tamamlayan, n (%)	9 (%53)	7 (%50)	7 (%64)	13 (%62)	0.778‡
Erken kesen (<6 kür), n (%)	8 (%47)	7 (%50)	4 (%36)	8 (%38)	0.778‡
İdame Tedavisi					
İdame alan hasta, n (%)	5 (%29)	4 (%29)	2 (%18)	5 (%24)	0.908‡
İdame kür sayısı* (ort ± SS)	3.0±0.7	2.8±2.4	3.5±3.5	3.0±0.7	0.920†

*†Kruskal-Wallis testi; ‡Ki-kare / Fisher'ın kesin testi; *Yalnızca idame tedavisi alan hastalar dahil edilmiştir*

Tablo 2. Onkolojik sonuçlar ve yan etki profilleri

	BCG-RIVM (n=17)	SII-ONCO (n=14)	ONCOBCG (n=11)	DANISH (n=21)	p değeri
ONKOLOJİK SONUÇLAR					
Tümör nüksü, n (%)	6 (%35)	2 (%14)	0 (%0)	3 (%14)	0.097‡
Sistektomi, n (%)	1 (%6)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0.432‡
Tedaviyi kesen hasta, n (%)	14 (%82)	10 (%71)	9 (%82)	14 (%67)	0.656‡
YAN ETKİLER					
Sepsis, n (%)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	—
Acil başvurusu, n (%)	1 (%6)	0 (%0)	0 (%0)	1 (%5)	0.706‡
Servis yatışı, n (%)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	1 (%5)	0.566‡
YBÜ yatışı, n (%)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	—

†Kruskal-Wallis testi; ‡Ki-kare / Fisher'ın kesin testi; — Tüm gruplarda olay yok, test uygulanamaz

SB-262) NADİR BİR OLGU ; GLEASON SKORU 3+3 OLAN PROSTAT KANSERİNDE NİHAİ PATOLOJİDE SEMİNAL VEZİKÜL İNVAZYONU

MUSA EKİCİ(1) MUHAMMET ŞÜKRÜ KARTA(1) BURAK ÇAĞLAR ÖZTÜRK(1) MUHAMMED EMİR ASLAN(1) METİN KIZGIN(1) AHMET TAŞCI(1) ABDULLAH ÇOLAKER(1) CEMİL AYDIN(1) MUSTAFA SERDAR ÇAĞLAYAN(1) ALPKON TORUN(1) MEHMET MURAT BAYKAM(1)

1. HİTİT ÜNİVERSİTESİ ÇORUM EROL OLÇOK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Saf Gleason skoru 6 (GS6) prostat kanseri düşük riskli, yavaş ilerleyen bir hastalık olarak kabul görmektedir. Geçmişte saf GS6'lı erkeklerin %90'ından fazlası kesin tedaviye tabi tutulurken, şu anda bu erkeklerin yaklaşık %50'si aktif izlemde takip edilmektedir. Ancak çok sayıda büyük kohortta incelenmemiş olan şey, ekstraprostatik yayılım veya seminal vezikül invazyonu(SVİ) ile tanımlanan lokal olarak agresif davranış riskidir. Biz de bu vakamızda saf GS6 prostat kanserinde SV invazyonunu belgelemekteyiz.

GEREÇ-YÖNTEM

Hastamız 66 yaş erkek. AÜSS ile polikliniğimize başvuruyor. Bilinen ek hastalık yok. Fizik muayenede DRM' de sol lobta nodül saptanıyor. Yapılan tetkiklerde PSA'nın 4,96 gelmesi üzerine MPMRI planlanıyor. Hastanın çekilen MR'ı PI-RADS 2 olarak raporlanıyor. Ancak DRM'de şüpheli nodül olması üzerine TRUS-bx planlanıyor. Patoloji sonucu hepsi solda olmak üzere 4 kadranda GS 3+3 prostat adenokanseri ile uyumlu geliyor. Hastaya tarama amaçlı kemik sintigrafisi ve TAP BT çekiliyor. Taramaların temiz gelmesi üzerine hastaya radikal prostatektomi(RP), radyoterapi(RT) ve aktif izlem seçenekleri sunuluyor. Hasta RP olmak istiyor ve operasyona hazırlanıyor.

Hastaya laparoskopik retropubık RP uygulandı. Vakada komplikasyon gelişmedi. Postop 2. Günde gaz-gaita çıkışı oldu.Postop 4. Günde drenin boş olması üzerine dren çekilerek hasta taburcu edildi.
Hastamızın patoloji sonucu prostatik adenokarsinoma, gleason skor 3+3=6, tersiyer patern 4 (%1) olarak raporlandı. Cerrahi sınır tümörsüz ancak sol seminal vezikül kökünde tümöral infiltrasyon izlenmiştir şeklinde raporlandı.

Hastamızın 6. Hafta PSA değeri 0,01 geldi. Hasta medikal onkoloji ve radyasyon onkolojisine yönlendirildi. Ek tedavi planlanmayarak takibe alındı.
Hastamız şu an kontinan , erektil disfonksiyon için PDE-5 inhibitörü kullanmakta.

BULGULAR

Gleason skoru 3+3 prostat adenokarsinomu genellikle organ-sınırlı, sessiz bir hastalık olarak kabul edilir. Büyük serilerde radikal prostatektomi materyalinde ekstraprostatik yayılım nadir, seminal vezikül invazyonu (SVI) ise istisnai olarak bildirilmiştir. Özellikle Johns Hopkins serisinde saf Gleason 6 olgularda SVI oranı %0.03 gibi son derece düşük bir sıklıkta rapor edilmiştir. Bu nedenle, olgumuzda nihai patolojide Gleason 3+3 ile uyumlu tümöre eşlik eden SVI varlığı literatürle uyumsuz ve dikkat çekici bir bulgudur.

Bu nadir durumun olası açıklamaları arasında biyopsi örneklemesinin tümör heterojenliğini yansıtamaması, tümör hacminin beklenenden büyük olması ve patolojik underrating yer almaktadır. Ayrıca, küçük odaklı yüksek dereceli komponentlerin gözden kaçmış olabileceği ya da gerçekten düşük dereceli morfolojiye rağmen lokal olarak invaziv biyoloji gösteren nadir tümör alt gruplarının varlığı da göz ardı edilmemelidir. Bu nedenle bu tür olgularda deneyimli genitoüriner patolog tarafından ikinci görüş alınması ve preoperatif multiparametrik MR görüntülerinin retrospektif olarak yeniden değerlendirilmesi önemlidir.

SONUÇ

Sonuç olarak, Gleason 3+3 prostat kanserinin her zaman biyolojik olarak indolent seyir göstermediği, çok nadir de olsa lokal ileri patoloji ile prezente olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu olgu, aktif izlem adaylarının seçiminde dikkatli olunması gerektiğini ve Gleason 6 prostat kanserinin tamamen “zararsız” bir hastalık olarak değerlendirilmesine temkinli yaklaşılması gerektiğini desteklemektedir.

SB-263) GENÇ ERKEKLERDE TESTİS KANSERİ VE KENDİ KENDİNE TESTİS MUAYENESİ FARKINDALIĞI: ANKET ÇALIŞMASI

KADER ADA DOĞAN(1) CEYHUN ÖZDEMİROĞLU(1) ABDUL VAHAP BAKIR(1) GÜNAL OZGÜR(2) BAHADIR ŞAHİN(1)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Testis kanseri, 15–35 yaş arası genç erkeklerde en sık görülen solid malign tümördür ve erken tanıda kendi kendine testis muayenesi (KTM) önemli bir tarama aracı olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmanın amacı, üroloji polikliniğimize başvuran erkek hastalarda testis kanseri ve KTM farkındalığını değerlendirmek ve elde edilen bulgular doğrultusunda toplumsal bilgilendirme ve eğitim ihtiyacını ortaya koymaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu kesitsel anket çalışması, Haziran 2025- Mart 2026 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi ve Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Polikliniği'nde gerçekleştirildi. Anket formu, literatür verileri temel alınarak ve kliniğimizde görev yapan üroloji uzmanları ile araştırmacılar tarafından oluşturuldu. Polikliniğe çeşitli nedenlerle başvuran, 18–40 yaş aralığındaki 321 erkek hastaya, testis kanseri ve KTM farkındalığını değerlendirmeye yönelik 18 sorudan oluşan anket formu yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulandı. Anket tamamlandıktan sonra katılımcılara KTM'nin önemi ve doğru uygulanma basamakları hakkında eğitim verildi.

BULGULAR

Çalışmaya 18–40 yaş aralığındaki toplam 321 erkek dahil edildi. Katılımcıların yalnızca %25,9'u testis kanseri veya kendi kendine testis muayenesi (KTM) hakkında daha önce bilgi aldığını belirtirken, %74,1'i herhangi bir bilgi almadığını ifade etti. Bu bulgu, polikliniğe başvuran genç erkeklerde testis kanseri ve KTM konusunda temel bilgi düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. KTM sıklığı sorulduğunda katılımcıların %29,9'u "bilmiyorum" yanıtını verdi. Katılımcıların %26,8'i KTM'yi ayda bir, %25,2'si yılda bir, %13,7'si 6 ayda bir yaptığını belirtti; %4,4'ü ise yalnızca şikayet olduğunda testislerini muayene ettiğini bildirdi. Testiste kitle veya şüpheli bir bulgu olması durumunda, katılımcıların %91,9'u hemen doktora başvurulması gerektiğini düşündüğünü belirtti. Erken teşhisin önemine ilişkin olarak katılımcıların %76,9'u "kesinlikle katılıyorum", %20,6'sı "katılıyorum" yanıtını vererek, toplamda %97,5'inin erken tanının önemli olduğunu düşündüğünü gösterdi. Katılımcıların %98,2'si testiste şüpheli bir bulgu fark ettiğinde doktora başvuracağını belirtirmesine karşın; %57,0'ı "herhangi bir belirti yoksa KTM'ye gerek yoktur" ve %54,9'u "testis muayenesini sadece doktor yapmalıdır" ifadelerine katıldığını bildirerek yanlış inançların yaygın olduğunu ortaya koydu. KTM yapma durumu ile yaş grupları ve medeni durum arasında yapılan ki-kare analizinde anlamlı ilişki saptandı ($p = 0,001$, $p < 0,001$). Eğitim düzeyi ile gelir düzeyi; KTM yapma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p = 0,062$, $p = 0,577$).

SONUÇ

Bu çalışmada, 18–40 yaş aralığındaki erkeklerde testis kanseri ve kendi kendine testis muayenesi (KTM) farkındalığının yetersiz olduğu görülmüştür. Katılımcıların önemli bir kısmının daha önce testis kanseri veya KTM hakkında bilgi almamış olması ve KTM'nin sıklığı ile uygun zamanını bilmediğini ifade etmesi, temel bilgi eksikliğine işaret etmektedir. Buna karşın, erken tanının önemine yönelik tutumların genel olarak olumlu olması ve testiste şüpheli bir bulgu fark edildiğinde çoğu katılımcının doktora başvurmayı planlaması, uygun eğitimle KTM davranışlarının geliştirilebileceğini düşündürmektedir. Genç erkeklerde farkındalığı artırmak için hedeflenmiş eğitimler ve toplum temelli bilgilendirme kampanyaları gereklidir.

Tablo 1. KTM Değişkeninin Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı (N = 321)

Değişken	Kategori	Hayır n (%)	Evet n (%)	p
Yaş	18–24	72 (92,3)	6 (7,7)	
	25–30	82 (74,5)	28 (25,5)	
	31–35	59 (67,0)	29 (33,0)	
	36–40	33 (73,3)	12 (26,7)	0,001
Medeni Durum	Bekar	141 (84,9)	25 (15,1)	
	Evli	105 (67,7)	50 (32,3)	<0,001
Eğitim Düzeyi	İlkokul	46 (85,2)	8 (14,8)	
	Ortaokul	18 (94,7)	1 (5,3)	
	Lise	69 (71,9)	27 (28,1)	
	Üniversite	113 (74,3)	39 (25,7)	0,062
Gelir Düzeyi	Asgari Altı	30 (75,0)	10 (25,0)	
	Asgari	53 (81,5)	12 (18,5)	
	Asgari Üstü	163 (75,5)	53 (24,5)	0,577

Not: Değerler n (%) olarak verilmiştir.

SB-264) PSA DANSİTESİ VE PIRADS SKORUNA GÖRE BİYOPSİ SONUÇLARIMIZ

ROZA SEMİRAMİS ERZİNCANLI(1) NİYAZİ ÜNLÜ(1) AHMET BURAK YILMAZ(1)

1. SİNCAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Prostat kanseri tanısında PSA ve multiparametrik prostat MRG (mpMRG) ile elde edilen PIRADS skorları, güncel kılavuzlarda biyopsi kararında önemli rol oynamaktadır. Özellikle düşük PIRADS skoruna sahip olgularda biyopsi endikasyonunun belirlenmesinde PSA dansitesi (PSAD) tamamlayıcı bir parametre olarak öne çıkmaktadır. Bu çalışmada, PSA yüksekliği nedeniyle mpMRG sonrası prostat biyopsisi yapılan hastalarda PSAD ve PIRADS skorunun prostat kanseri öngörüsündeki klinik değerini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Temmuz 2023–Temmuz 2025 tarihleri arasında PSA yüksekliği nedeniyle mpMRG sonrası prostat biyopsisi yapılan toplam 67 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, total PSA (tPSA), prostat hacmi, PSAD, PIRADS skoru ve biyopsi sonuçları kaydedildi. PIRADS skorları 1–5 arasında sınıflandırıldı. Klinik olarak anlamlı prostat kanseri Gleason skoru 7 ve üzeri olarak tanımlandı. Biyopsi sonucunda prostat kanseri saptanan hastalar ile benign histopatoloji saptanan hastalar demografik ve klinik değişkenler açısından karşılaştırıldı. Sürekli değişkenler ortanca (minimum-maksimum), kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak ifade edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 67 hastanın 19'unda (%28,4) klinik olarak anlamlı prostat kanseri, 48'inde (%71,6) benign histopatoloji saptandı. Prostat kanseri grubunda ortanca yaş 71 (60–85) yıl, benign grupta ise 66 (51–77) yıl idi ve yaş prostat kanseri grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,01). Ortanca tPSA değeri prostat kanseri grubunda 14,5 (5–30) ng/mL, benign grupta 7,7 (3,2–15,2) ng/mL olarak bulundu (p<0,001). Ortanca prostat hacmi prostat kanseri grubunda 60 (20–180) cc, benign grupta ise 70 (36–180) cc idi (p=0,008). Ortanca PSAD değeri prostat kanseri grubunda 0,24 (0,04–0,86) ng/mL/cc, benign grupta ise 0,10 (0,05–0,30) ng/mL/cc olarak saptandı (p<0,001). PIRADS dağılımı gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdi (p<0,001). Benign grupta PIRADS 1, 2 ve 3 lezyonlar sırasıyla 7 (%14,6), 15 (%31,3) ve 26 (%54,2) hastada izlenirken, prostat kanseri grubunda PIRADS 2, 3, 4 ve 5 lezyonlar sırasıyla 1 (%5,3), 5 (%26,3), 9 (%47,4) ve 4 (%21,1) hastada izlendi. Prostat kanseri grubunda PIRADS 4–5 lezyonların belirgin olarak daha sık olduğu görüldü.

SONUÇ

PSA yüksekliği nedeniyle mpMRG sonrası prostat biyopsisi yapılan hastalarda klinik olarak anlamlı prostat kanseri saptanan grupta yaş, tPSA ve PSAD değerleri daha yüksek, prostat hacmi ise daha düşük bulundu. Ayrıca yüksek PIRADS skorları prostat kanseri ile anlamlı ilişki gösterdi. Bulgularımız, PSAD ve PIRADS skorunun prostat kanseri öngörüsünde önemli parametreler olduğunu ve bu iki değişkenin birlikte değerlendirilmesinin biyopsi endikasyonunun belirlenmesinde klinik karar sürecine katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik bulguları

Değişken	Benign (n=48)	Prostat Kanseri (n=19)	p değeri
Yaş (yıl)	66 (51-77)	71 (60-85)	0.01[a]
tPSA (ng/ml)	7.7 (3.2-15.2)	14.5 (5-30)	<0.001[a]
Prostat hacmi (cc)	70 (36-180)	60 (20-180)	0.008 [a]
PSA dansitesi (ng/ml/cc)	0.1 (0.05-0.30)	0.24 (0.04-0.86)	<0.001 [a]
PIRADS dağılımı			
PIRADS 1	7 (%14.6)	0 (%0)	<0.001[b]
PIRADS 2	15 (%31.3)	1 (%5.3)	
PIRADS 3	26 (%54.2)	5 (%26.3)	
PIRADS 4	0 (%0.0)	9 (%47.4)	
PIRADS 5	0 (%0.0)	4 (%21.1)	

a:Mann Whitney U testi, **b:**Fisher-Freeman-Halton testi

Değişkenler ortanca (min-maks) olarak verilmiştir.

SB-265) RENAL HÜCRELİ KARSİNOMUN İZOLE SPLENİK METASTAZI OLGU SUNUMU

ALİ ESER(1) ENES MALİK AKDAŞ(1) ALİ KEMAL USLUBAŞ(1) EMRAH IŞIKLI(1) FAYİK ERDEM DERELİ(1) EREN TERZİ(1)

1. kocaeli şehir hastanesi

AMAÇ

Renal hücreli karsinom, erişkin böbrek tümörleri içerisinde en sık görülen malignitelerden biri olup en sık akciğer, kemik, karaciğer, lenf nodu ve beyin metastazı ile karşımıza çıkmaktadır. Dalak metastazı ise solid organ tümörlerinde oldukça nadir görülmektedir. Bu olgu sunumunda, radikal nefrektomi sonrası erken dönemde izole splenik metastaz ile uyumlu lezyon saptanan ve nivolumab–ipilimumab tedavisi sonrası tam metabolik yanıt elde edilen renal hücreli karsinom olgusunun sunulması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

OLGU SUNUMU

Kırk iki yaşında, tip 2 diyabet mellitus ve hipertansiyon tanıları bulunan erkek hasta, 2024 yılında insidental olarak saptanan sol böbrekte 6,5 cm boyutlu kitle nedeniyle sol radikal nefrektomi uygulandı. Histopatolojik incelemede tümör şeffaf hücreli karsinom olarak raporlandı. Cerrahi sınırlar tümör negatif olarak patoloji raporlandı ve olgu Evre I olarak kabul edildi.

Postoperatif birinci yıl rutin takiplerinde medikal onkoloji tarafından yapılan PET-BT incelemesinde dalak medial-superior kesimde 37 × 22 mm boyutunda, SUVmax 4,8 olan, dalak lateral-inferior kesimde ise 54 × 33 mm boyutunda, SUVmax 5,6 olan, dalak parankimi ile sınırları net olarak ayırt edilemeyen düzensiz sınırlı artmış FDG tutulumu gösteren lezyonlar saptandı. Toraks ve abdomen kesitsel görüntülemelerinde ek metastatik hastalık bulgusu izlenmedi. Olgu multidisipliner olarak değerlendirildi ve mevcut bulgular, renal hücreli karsinoma bağlı izole splenik metastaz ile uyumlu kabul edildi. IMDC Uluslararası Metastatik Böbrek Hücreli Karsinom Risk Modeli'ne göre orta riskli olarak değerlendirilen hastaya sistemik tedavi olarak nivolumab ve ipilimumab kombinasyonu başlandı. Tedavinin üçüncü ayında yapılan kontrol PET-BT incelemesinde dalakta patolojik FDG tutulumu saptanmadı ve tam metabolik yanıt elde edildi.

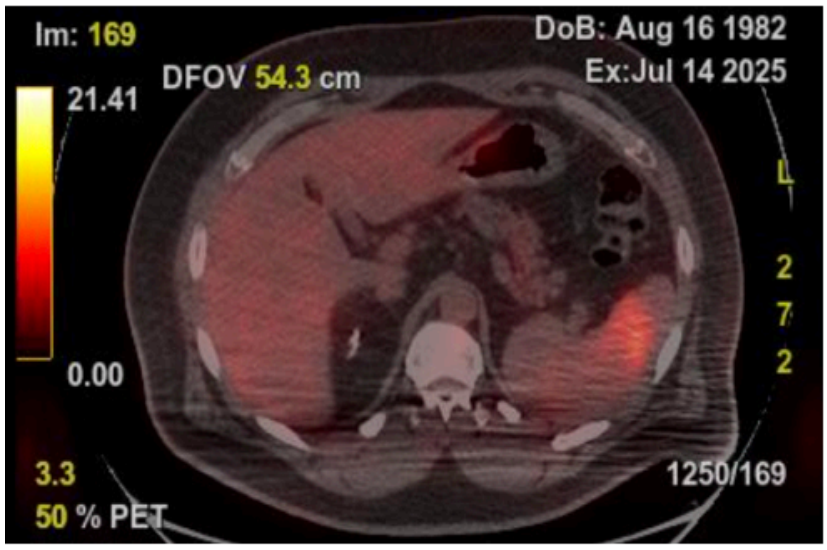
BULGULAR

BULGULAR

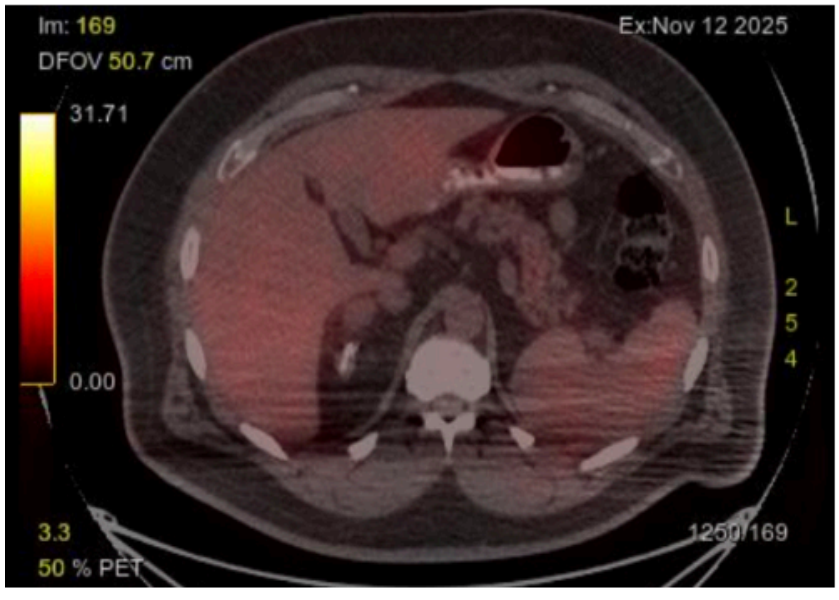
Bu olguda, radikal nefrektomi sonrası Evre I olarak değerlendirilen şeffaf hücreli renal hücreli karsinomun birinci yıl takibinde yalnızca dalakta metabolik aktivite gösteren lezyonlarla nüks ettiği görüldü. Başka bir metastatik odak saptanmaması nedeniyle olgu izole splenik metastaz olarak değerlendirildi. Nivolumab–ipilimumab tedavisi sonrası üçüncü ay PET-BT incelemesinde splenik lezyonlara ait patolojik FDG tutulumu izlenmedi ve tam metabolik yanıt sağlandı.

SONUÇ

Renal hücreli karsinomda dalak metastazı son derece nadir görülen bir klinik durumdur. Dalak metastazları çoğunlukla asemptomatik seyretmekte ve takip görüntülemeleri sırasında tesadüfen saptanmaktadır. Bu olgu, erken evre renal hücreli karsinom sonrası kısa süre içerisinde izole splenik metastaz ile uyumlu nüks gelişmesi ve nivolumab–ipilimumab tedavisi sonrası tam metabolik yanıt elde edilmesi açısından dikkat çekicidir. Renal hücreli karsinom takibinde klasik metastaz bölgelerinin yanı sıra nadir metastatik tutulum alanlarının da göz önünde bulundurulması ve şüpheli izole lezyonların multidisipliner yaklaşımla değerlendirilmesi önemlidir.



Resim 1: Renal hücreli karsinomdan kaynaklanan dalak metastazını ortaya koyan transvers düzlem PET-BT görüntüsü



Resim 2: Sistemik tedavi sonrası dalakta tam metabolik yanıtı ortaya koyan PET-BT görüntüsü

SB-266) KAS İNVAZİV OLMAYAN MESANE KANSERİNDE PREOPERATİF PLATELET/LENFOSİT ORANININ İNTRAVEZİKAL TEDAVİLERE GÖRE NÜKS VE NÜKSSÜZ SAĞKALIM ÜZERİNE ETKİSİ

MUHAMMET İHSAN ÖZTÜRK(1) MUSA EKİCİ(2)

1. ALACA DEVLET HASTANESİ
2. HİTİT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Kas invaziv olmayan mesane kanserinde (KİOMK) nüks oranları yüksek olup, nüksü öngörebilecek kolay uygulanabilir biyobelirteçlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada preoperatif platelet/lenfosit oranının (PLR), farklı intravezikal tedavi alan KİOMK hastalarında nüks ve nükssüz sağkalım üzerindeki prognostik değerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2020–Ocak 2024 tarihleri arasında transüretral mesane tümörü rezeksiyonu uygulanan ve intravezikal BCG veya intravezikal termokemoterapi tedavisi alan 153 KİOMK hastası retrospektif olarak değerlendirildi. Preoperatif tam kan sayımından hesaplanan PLR için ROC analizi ile eşik değer belirlendi. Nükssüz sağkalım Kaplan–Meier yöntemi ile değerlendirildi. Nüks ile ilişkili bağımsız faktörler tek değişkenli ve çok değişkenli Cox regresyon analizleri ile araştırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan hastaların 123'ü BCG, 30'u ise intravezikal termokemoterapi tedavisi aldı. Yüksek preoperatif PLR değerine sahip hastalarda nüks oranı daha yüksek ve nükssüz sağkalım süresi daha kısa bulundu. Çok değişkenli analizde yüksek PLR, özellikle BCG tedavisi alan hastalarda nükssüz sağkalımın bağımsız öngördürücüsü olarak saptandı. Termokemoterapi grubunda ise PLR ile nükssüz sağkalım arasında anlamlı bir ilişki izlenmedi.

SONUÇ

Preoperatif PLR, KİOMK'de özellikle BCG tedavisi uygulanan hastalarda nüks ve nükssüz sağkalımı öngörmede kolay ulaşılabilir ve düşük maliyetli bir biyobelirteçtir. PLR'nin rutin klinik değerlendirmeye eklenmesi, risk sınıflandırmasına ve takip stratejilerinin bireyselleştirilmesine katkı sağlayabilir.

Tedavi grubu	HR (%95 GA)	p
BCG	2,703 (1,118–6,534)	0,027
Termokemoterapi	23,265 (0,952–568,336)	0,054

İntravezikal Tedavi Gruplarında Yüksek PLR'nin Nükssüz Sağkalım Üzerine Etkisi

SB-267) YAŞA GÖRE NORMAL PSA DÜZEYİ PROSTAT KANSERİNİ DIŞLAR MI? MULTİPARAMETRİK PROSTAT MRI ERİŞİMİNİN KISITLI OLDUĞU GERÇEK YAŞAM PRATİĞİNDE DİJİTAL REKTAL TUŞENİN KLİNİK ANLAMLI PROSTAT KANSERİ TANISINDAKİ ROLÜ

MUSTAFA OZAN ATAÇER(1) GÖKTAN ALPTUĞ ÖZ(2)

1. EŞME DEVLET HASTANESİ
2. DÖRTYOL DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Prostat kanseri taramasında kanda Prostat Spesifik Antijen (PSA) düzeyi ölçümü en yaygın kullanılan yöntemdir. Bununla birlikte, yaşa göre normal PSA düzeyleri klinik olarak anlamlı prostat kanserini tamamen dışlamamaktadır. Son yıllarda PSA temelli tarama yaklaşımının yaygınlaşması ve şüpheli PSA yüksekliği durumunda Multiparametrik Prostat Manyetik Rezonans Görüntüleme (mpMRI)'nin EAU tarafından da önerilmesi ile mpMRI prostat biyopsi kararında önemli bir yer edinmiştir. Bu yaklaşımla birlikte prostat kanseri taramasında Dijital Rektal Tuşe (DRT) giderek daha az uygulanmaktadır. Çalışmamızda gerçek yaşam pratiğinde radyoloji kliniği bulunmayan ve mpMRI yapılamayan perifer üroloji kliniklerinde yaşa göre normal PSA düzeyine sahip hastalara yapılan DRT'nin prostat biyopsi yapılması kararındaki katkısını ve klinik olarak anlamlı prostat kanseri tanısındaki yerini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde Ocak 2024-Temmuz 2026 tarihleri arasında prostat biyopsisi yapılan hastalara ait veritabanı retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, Charlson Komorbidite Endeksi Skoru, 10 yıllık yaşam beklenti yüzdesi, PSA değeri, DRT sonucu, mpMRI raporu ve prostat biyopsisi patoloji sonuçları değerlendirildi. Yaşa göre PSA üst sınırı 50–59 yaş için 3,5 ng/mL, 60–69 yaş için 4,5 ng/mL ve 70 yaş için 6,5 ng/mL olarak kabul edildi. DRT'de sertlik, nodül veya şüpheli lezyon saptanması "şüpheli DRT" olarak sınıflandırıldı. Klinik anlamlı prostat kanseri ISUP 2 / Gleason 3+4 olarak tanımlandı.Tek değişkenli analizlerde kategorik değişkenler Ki-kare testi, sürekli değişkenler ise dağılım özelliklerine göre bağımsız örneklem Student's t-testi veya Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Prostat kanseri şüphesi nedeniyle prostat biyopsisi yapılan ve yeterli veriye ulaşılan 117 hastanın klinik ve demografik verileri Tablo 1'de verilmiştir.

Prostat biyopsisi sonucunda 39 hastada (%33,3) prostat adenokarsinomu, 21 hastada (%17,9) ise klinik olarak anlamlı prostat kanseri (ISUP 2) saptandı. Klinik olarak anlamlı prostat kanseri saptanan hastalarda PSA düzeyi ve şüpheli DRT oranı anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla $p=0,009$ ve $p=0,015$). mpMRI yapılan hastalarda PI-RADS 4 lezyon varlığı da klinik olarak anlamlı prostat kanseri ile anlamlı ilişki gösterdi ($p=0,003$). Çalışmanın dikkat çekici bulgusu, yaşa göre normal PSA düzeyine sahip 45 hastanın değerlendirilmesiyle elde edildi. Bu hastaların 32'sinde (%71,1) DRT'de malignite açısından şüpheli bulgu mevcuttu. Şüpheli DRT bulunan hastaların 11'inde (%34,4) prostat adenokarsinomu, 6'sında (%18,8) ise klinik olarak anlamlı prostat kanseri saptandı. Yaşa göre normal PSA düzeyine sahip hastalarda DRT bulguları ve prostat biyopsisi patoloji sonuçları Tablo 2'de gösterilmiştir.

SONUÇ

Yaşa göre normal PSA düzeyleri klinik olarak anlamlı prostat kanserini dışlamamaktadır. mpMRI biyopsi öncesi risk değerlendirmesinde önemli olmakla birlikte, erişimin kısıtlı olduğu merkezlerde DRT biyopsi kararında değerini korumaktadır. Bulgularımız, prostat kanseri taramasında PSA'nın tek başına yeterli olmadığını, PSA ve DRT'nin birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Tablo 1. Prostat Biyopsisi Alınan Hastaların Demografik Ve Klinik Özellikleri (n=117)

Değişken	Değer
Yaş	67,4 ± 7,3
PSA (ng/ml)	5,56 (3,92–8,80)
Charlson Komorbidite İndeks Skoru	2,58 ± 1,49
10 Yıllık Yaşam Beklentisi (%)	75,5 ± 25,4
Yaşa Göre Normal PSA	45 (%38,5)
Şüpheli DRT	66 (%56,4)
Normal DRT	51 (%43,6)
mpMRI Yapılan	30 (%25,6)
mpMRI Yapılmayan	87 (%74,4)
Malignite Saptanan	39 (%33,3)
Benign Patoloji	78 (%66,7)
Klinik Önemsiz Prostat Kanseri (ISUP 1)	18 (%15,4)
Klinik Anlamlı Prostat Kanseri (ISUP ≥2)	21 (%17,9)

Tablo 2. Yaşa Göre Normal PSA Düzeyine Sahip Hastalarda DRT Bulguları ile Biyopsi Sonuçlarının Karşılaştırılması

Değişken	DRT Şüpheli (n=32)	DRT Normal (n=13)	p
Prostat Kanseri (n:13)	11 (34,4)	2 (15,4)	**0,019**
Klinik Anlamlı Prostat Kanseri (ISUP ≥2) (n:6)	6 (18,8)	0 (0)	**0,089**

SB-268) LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI VEZİKOÜRETRAL ANASTOMOZ STENOZU GELİŞİMİ İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

EFE ÖNEN(1) ÖZGÜR EKİCİ(1) UĞUR AKGÜN(1) ÖMER YERLİKAYA(1) GÜNGÖR ARIÇ(1) ABDULLAH ERDOĞAN(1) VOLKAN ÇAĞLAYAN(1) SİNAN AVCI(1) ERHAN SARI(1) SEDAT ÖNER(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ
Laparoskopik radikal prostatektomi (LRP) sonrası vezikoüretral anastomoz stenozu (VUAS) gelişimini etkileyen preoperatif ve perioperatif risk faktörlerini araştırmak.

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 2020 – Ocak 2025 tarihleri arasında LRP uygulanan 281 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar VUAS gelişen (n=11, %3,9) ve gelişmeyen (n=270) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Preoperatif laboratuvar değerleri, biyopsi ve radikal prostatektomi patoloji bulguları ile perioperatif veriler kaydedildi. Bağımsız öngördürücülerin belirlenmesi için tek ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi uygulandı. Sürekli değişkenler için ROC eğrisi analizi ile optimal kesim değerleri saptandı.

BULGULAR
VUAS tanısı 11 hastada (%3,9) konuldu; gelişim için medyan süre 12 aydı (aralık 3–16 ay). Gruplar arasında komorbidite, biyopsi ve RP patolojik parametreleri ile preoperatif biyokimyasal değerler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Tek değişkenli analizde; daha büyük prostat hacmi (PH) (medyan 72 vs. 50 cc, p=0,016), uzun operasyon süresi (medyan 270 vs. 245 dk, p=0,004) ve adjuvan radyoterapi (RT) uygulanması (%54,5 vs. %16,7, p=0,005) VUAS ile anlamlı olarak ilişkili bulundu. Lenf nodu metastazı tek değişkenli analizde anlamlılık eşiğine ulaşmadı (p=0,080). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde üç bağımsız öngördürücü tespit edildi:
• Adjuvan RT (OR 5,380; %95 GA 1,326–21,836; p=0,019)
• Prostat hacmi (OR 1,027; %95 GA 1,011–1,043; p=0,001)
• Operasyon süresi (OR 1,017; %95 GA 1,004–1,030; p=0,012)
ROC analizinde PH için optimal kesim değeri 62,5 cc (AUC 0,715; duyarlılık %72,7; özgüllük %68,9), operasyon süresi için 262,5 dakika (AUC 0,758; duyarlılık %72,7; özgüllük %68,0) olarak belirlendi.

SONUÇ
Adjuvan RT, büyük prostat hacmi ve uzun operasyon süresi, LRP sonrası VUAS gelişimi için bağımsız öngördürücülerdir. Bu bulgular; büyük prostatı olan ve adjuvan RT planlanan hastalarda preoperatif danışmanlık ile postoperatif yakın takimin önemini vurgulamaktadır.

Tablo. VUAS Gelişimi ile İlişkili Değişkenlerin Grup Karşılaştırması ve Lojistik Regresyon Analizi (n=281)

Değişken	VUAS Yok (n=270)	VUAS Var (n=11)	Tek Değ. p değeri	Çok Değ. OR (95% GA)	Çok Değ. p değeri
HASTA ve TAŞ ÖZELLİKLERİ					
Yaş (medyan, min-maks), yıl	66 (45-78)	66 (59-70)	0.693	–	–
Prostat Hacmi (cc) (medyan)	50 (10-216)	72 (23-180)	0.016*	1.027 (1.011-1.043)	0.001*
Total PSA (ng/ml) (medyan)	11.0	10.2	0.893	–	–
PERİOPERATİF VERİLER					
Operasyon süresi (dk) (medyan)	245 (110-435)	270 (225-380)	0.004*	1.017 (1.004-1.030)	0.012*
Adjuvan Radyoterapi, n (%)	45/270 (16.7%)	6/11 (54.5%)	0.005*	5.380 (1.326-21.836)	0.019*
Lenf Nodu Metastazı, n (%)	35/270 (13.0%)	4/11 (36.4%)	0.080	2.633 (0.601-11.546)	0.199
Kan Transfüzyonu (medyan)	0 (0-7)	0 (0-3)	0.010*†	–	–
Post-op Hemoglobin (g/dL)	12.6 (4.1-16.7)	10.7 (8.1-14.3)	0.009*†	–	–
POSTOPERATİF SONUÇLAR					
Hastanede kalış (gün) (medyan)	4 (2-29)	5 (3-63)	0.025*†	–	–
Dren çekilme günü (medyan)	4 (2-8)	4 (3-18)	0.040*†	–	–
Kateter çekilme günü (medyan)	12 (9-35)	15 (10-60)	0.004*†	–	–
Clavien komplikasyon ≥2, n (%)	17/270 (6.3%)	2/11 (18.2%)	0.231	–	–
PATOLOJİK PARAMETRELER (anlamlı fark yok)					
Biyopsi ISUP grade	Dağılım benzer	Dağılım benzer	0.982	–	–
RP ISUP grade	Dağılım benzer	Dağılım benzer	0.979	–	–
Cerrahi sınır pozitifliği, n (%)	78/270 (29.0%)	3/11 (27.3%)	1.000	–	–
Patolojik evre (T2/T3/T4)	45/53/2%	55/45/0%	0.904	–	–

** İstatistiksel olarak anlamlı (p<0.05). † Bu değişkenler VUAS'ın sonucu olarak değerlendirildiğinden çok değişkenli modele dahil edilmemiştir.*
VUAS: Vezikoüretral anastomoz stenozu; OR: Odds oranı; GA: Güven aralığı; PSA: Prostat-spesifik antijen; RP: Radikal prostatektomi; ISUP: Uluslararası Ürolojik Patologlar Derneği.

SB-269) HAYATI TEHDİT EDEN MAKROSKOPİK HEMATÜRİ EŞLİĞİNDE BELLİNİ TOPLAYICI KANAL KARSİNOMU: NADİR VAKA

HAKAN BOĞUŞLU(1) EGE ÖZYILDIRIM(1) ABDULLAH EMİR ŞAHİN(1) MUHLİS ÜNAL(1) ENES MALİK AKDAŞ(1) SERDAR ÇAKIR(1) ALİ KEMAL USLUBAŞ(1)

1. Kocaeli Şehir Hastanesi

AMAÇ

Giriş: Bellini toplayıcı kanal karsinomu (BKK), tüm böbrek tümörlerinin %0,6–3'ünü oluşturan, distal toplayıcı kanallardan köken alan oldukça nadir ve agresif bir renal hücreli karsinom (RHK) alt tipidir. Tanı anında sıklıkla lokal ileri evre veya metastatik seyretmesi ve sistemik tedavilere sınırlı yanıt vermesi nedeniyle kötü prognozludur. Bu sunumda, hemodiyaliz hastasında yaşamı tehdit eden makroskopik hematüri ile prezante olan ve BKK tanısı alan nadir bir olguyu sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

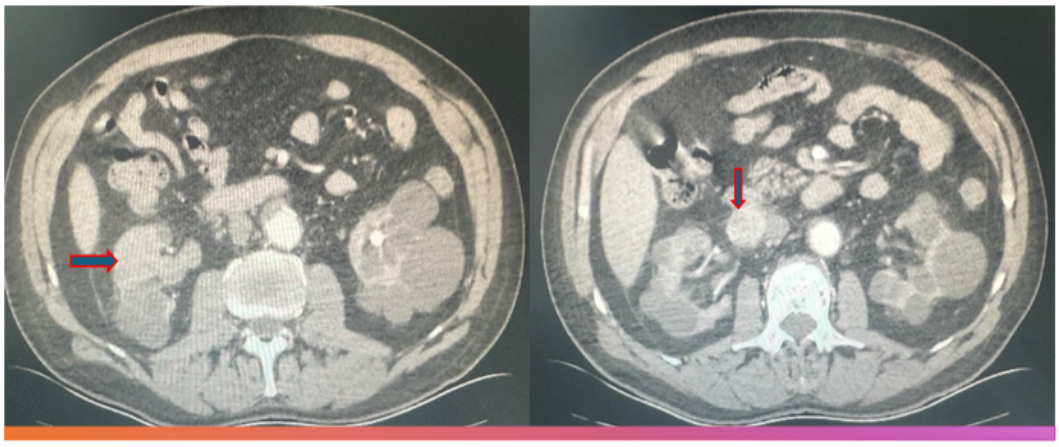
Kronik böbrek yetmezliği nedeniyle 5 yıldır düzenli hemodiyaliz alan 52 yaşındaki erkek hasta, hayatı tehdit eden masif makroskopik hematüri ve hemorajik şok tablosuyla (hemoglobin: 6 g/dL, hipotansiyon ve taşikardi) acil servisimize başvurdu. Destekleyici transfüzyon tedavileri sonrası çekilen kontrastlı bilgisayarlı tomografide, sağ böbrek alt polünde 3.5 cm boyutunda solid kitle ve renal hilusta metastatik lenf nodları saptandı. Tanısal sistoskopide sağ üreter orifisinden aktif masif hematüri izlenmesi üzerine hastaya acil şartlarda sağ radikal nefrektomi ve retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu uygulandı.
Patolojik incelemede 4×3,5×3 cm boyutlarında, CK7, CK19, PAX2, PAX8 ve CD15 pozitif; Vimentin, CAIX ve CD10 negatif immünfenotip sergileyen "Bellini toplayıcı kanal karsinomu" saptandı; diseke edilen lenf nodlarında metastaz izlendi. Postoperatif 1. ayda çekilen PET-BT'de yaygın kemik metastazları saptanan hasta, sistemik kemoterapi planlaması amacıyla medikal onkolojiye yönlendirildi. Hasta postoperatif 4. ayında onkolojik tedavi altında takip edilmektedir.

BULGULAR

Tartışma: BKK, literatürde genellikle izole olgular halinde bildirilen, Afro-Amerikan ırk, erkeklerde ve ileri yaşta (ortalama 63 yaş) daha sık görülen bir tümördür. Olgumuz 52 yaşında olup literatüre göre erken başlangıçlıdır. BKK olgularının yaklaşık %33'ü lokal ileri, %28'i ise tanı anında metastatiktir. En sık metastaz bölgeleri rejyonal lenf nodları, akciğer ve kemiklerdir. BKK'nın nadir görülen semptomlarından biri olması yanı sıra, son dönem böbrek yetmezliği olan ve hemodiyaliz alan hastalarda da üremik trombosit disfonksiyonu ve diyaliz sırasında kullanılan antikoagülanlar, renal kitlelerin hayatı tehdit eden masif kanamalarla ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir. BKK tedavisinde immünoterapi ve hedefe yönelik ajanların başarısı sınırlı olup, tümörün mezonefrik kökeni nedeniyle sıklıkla ürotelyal kanser benzeri kemoterapi rejimleri tercih edilmektedir. Berrak hu¨creli karsinom ile kars¸ılas¸tırıldıgˆında hastalıgˆa o¨zgü sagˆkalımı c¸ok daha kısadır ve 1 ile 3 yıllık sagˆkalım sırasıyla %70'le %58'dir.

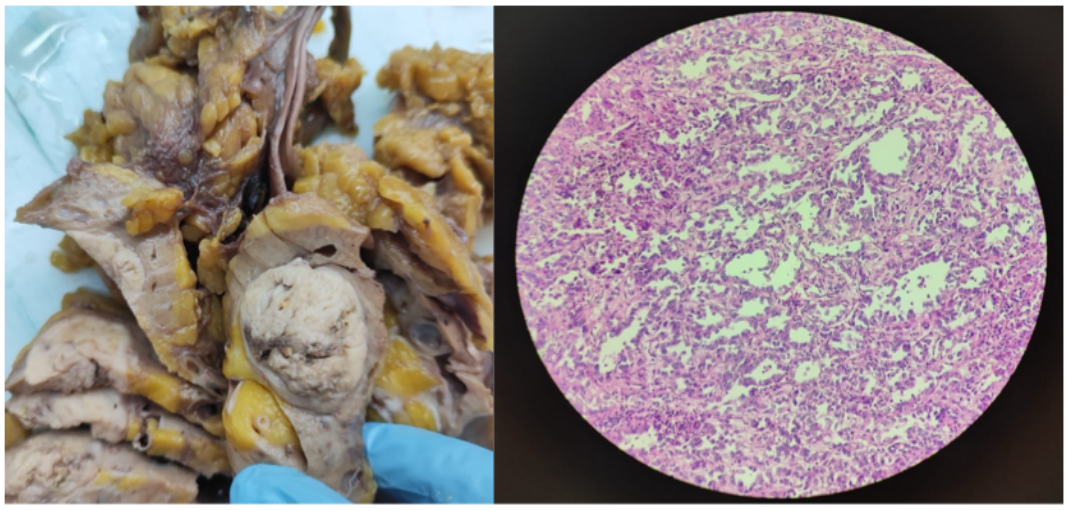
SONUÇ

Sonuç: Bellini toplayıcı kanal karsinomu, yüksek metastatik potansiyeli ve düşük sağkalım oranları nedeniyle agresif yaklaşım gerektiren bir tümördür. Özellikle hemodiyaliz hastalarında hayatı tehdit eden masif makroskopik hematürilerin ayırıcı tanısında bu nadir ve agresif antitelerin de akılda tutulması, hızlı cerrahi ve onkolojik multidisipliner yönetimin planlanması açısından hayati önem taşımaktadır.



Resim1:Renal kitle

Resim 2: Lenf nodu



Resim 3: Kitle makroskobik görüntü

Resim 4: kitle mikroskopik görüntü

SB-271) İNTRATESTİKÜLER KİTLE AYIRICI TANISINDA ADENOMATOİD TÜMÖR

OĞUZHAN AKPINAR(1) İBRAHİM HALAÇ(1) HATİCE KUZULAR(1) ATİLLA SATIR(1)

1. BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

İntratestiküler adenomatoid tümör, mezotel kökenli son derece nadir bir benign neoplazm olup klinik ve radyolojik özellikleri nedeniyle malign germ hücreli testis tümörlerini taklit edebilmektedir. Paratestiküler tümörlerin yaklaşık %30'unu oluşturan adenomatoid tümörlerin intratestiküler yerleşimi dünya literatüründe yalnızca onlarca vakada bildirilmiş olup bu durum hem tanısal hem de cerrahi yönetim açısından önemli güçlükler doğurmaktadır. Preoperatif görüntüleme yöntemleri ve tümör belirteçleri çoğu zaman benign-malign ayrımını sağlayamamakta; bu da gereksiz radikal orşiektomilere zemin hazırlamaktadır. Bu bildiride, kliniğimizde intratestiküler adenomatoid tümör tanısı alan bir olgunun klinik, radyolojik ve immünohistokimyasal özelliklerinin literatür eşliğinde sunulması ve ürologlar arasında bu nadir lezyona ilişkin tanısal farkındalığın artırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Elli altı yaşında erkek hasta sol skrotal ağrı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sol testiste hassasiyet saptandı. Skrotal ultrasonografide sol testis superomedialinde 14x11 mm boyutunda hafif izo-hipoekoik solid intratestikülеer kitle izlendi. Toraks-abdomen bilgisayarlı tomografisinde uzak metastaz saptanmadı. Tümör belirteçleri normal sınırlardaydı (AFP: 1,8 ng/mL, ß-hCG: 0 mIU/mL, LDH: 121 U/L). Testis tümörü ön tanısıyla hastaya sol inguinal radikal orşiektomi uygulandı. Çıkarılan spesimen patolojik ve immünohistokimyasal açıdan incelendi.

BULGULAR

Makroskopik incelemede spermatik kord cerrahi sınırı, tunika albuginea ve tunika vaginalis intakt bulundu. İmmünohistokimyasal incelemede PANCK, Vimentin, EMA (fokal), Kalretinin, WT1 ve HBME1 pozitif; İnhibin, SALL4, SMA, Desmin, S100 ve CD34 negatif saptandı. Ki-67 proliferasyon indeksi %5-6, p53 wild tip boyanma gösterdi. Bu bulgular eşliğinde tanı sol testis adenomatoid tümör olarak raporlandı. Hasta opere edildiği tarihten bu yana takip altında olup nüks veya komplikasyon gözlemlenmemiştir.

SONUÇ

İntratestiküler adenomatoid tümör, solid intratestiküler kitle ile başvuran hastalarda akılda tutulması gereken nadir bir benign antitedir. Klinik bulgular, görüntüleme özellikleri ve tümör belirteçleri çoğu zaman malign testis tümörünü taklit ettiğinden preoperatif tanı son derece güçtür. Negatif tümör belirteçleri ve yavaş büyüme öyküsü bu tanıyı düşündürmekle birlikte tek başına yeterli değildir. Olgumuz, uygun klinik ve görüntüleme bulgularının varlığında intraoperatif frozen section eşliğinde organ koruyucu cerrahinin değerlendirilebileceğini bir kez daha ortaya koymaktadır. Ürologların bu nadir lezyonu ayırıcı tanıda göz önünde bulundurması, gereksiz radikal orşiektomilerin önüne geçilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

SB-272) DÜŞÜK RİSKLİ PROSTAT KANSERİNDE AKTİF İZLEMDEN SİSTEMİK HASTALIĞA GEÇİŞ: BİR OLGU SUNUMU

ONUR ENES TUNÇ(1) EMRE UZUN(2) SEDAT YAHŞİ(2) CAVİT CEYLAN(2)

1. Ankara bilkent şehir hastanesi
2. ankara bilkent şehir hastanesi

AMAÇ

Aktif izlem (Aİ), düşük riskli prostat kanseri (PK) yönetiminde kabul görmüş bir stratejidir. Ancak mevcut protokollerin, düşük PSA salgılayan agresif tümörleri yakalamadaki etkinliği tartışmalıdır. Aİ sürecinde PSA stabilitesine rağmen hızlı metastatik progresyon gösteren nadir bir olguyu sunuyoruz.

GEREÇ-YÖNTEM

Alt üriner sistem semptomları ile başvuran, dijital rektal muayenede (DRE) şüpheli sertlik (T2a) olan 67 yaşındaki erkek hastanın tPSA değeri 0,62 ng/mL saptanmıştır. Konvansiyonel biyopside tek kadranda Gleason 3+3 adenokarsinom (tümör dokunun %20 sinde mevcuttur) saptanması üzerine hasta Aİ protokolüne alınmıştır. İzlemin 1. yılında mpMRI'da PIRADS 4 odak saptanmasına rağmen yapılan kontrol konvansiyonel biyopsi benign gelmiştir. İzlemin 2. yılında yapılan konvansiyonel biyopside benign gelmiştir. İzlemin 3. yılında PSA'nın hala düşük (1,42 ng/mL) seyretmesine rağmen, güncel mpMRI'da kapsül invazyonu şüphesi olması üzerine hastaya robotik radikal prostatektomi uygulanmıştır. Patolojik inceleme sonucu Gleason 5+4 (Grade Grup 5) ve seminal vezikül invazyonu (pT3b) olarak raporlanmıştır. Ameliyat sonrası 3. ayda tPSA 0,48 ng/mL iken çekilen Ga-68 PSMA PET-BT'de yaygın kemik metastazları saptanmıştır.

BULGULAR

Literatürde Aİ kohortlarında 10-15 yıllık takipte metastaz riskinin %1-3'ün altında olduğu bildirilmektedir. Ancak bu olgu, "PSA paradoksu" olarak bilinen, agresif tümörlerin düşük PSA düzeyleri ile seyredebildiği fenotipi yansıtmaktadır. Ayrıca konvasyonel biyopsilerin %25-30 oranında gösterdiği örnekleme hatası, progresyonun erken teşhisini zorlaştırabilmektedir.

SONUÇ

Aktif izlem sürecinde PSA'nın stabil seyretmesi her zaman onkolojik güvenliği yansıtmayabilir. Klinik şüphe ve radyolojik progresyon varlığında, PSA değerinden bağımsız olarak hedefe yönelik tanı yöntemlerinin kullanılması ve riskin yeniden değerlendirilmesi hayati önem taşımaktadır.

SB-273) KRONİK ORŞİTİ TAKLİT EDEN İLERİ YAŞ MİKST GERM HÜCRELİ TESTİS TÜMÖRÜ: OLGU SUNUMU

ABDUL VAHAP BAKIR(1) KADER ADA DOĞAN(1) GÜNAL ÖZGÜR(1) YUSUF SENOGLU(1) HAYDAR KAMİL CAM(1)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

İleri yaş erkeklerde testis tümörleri oldukça nadir görülmekle birlikte, klinik ve görüntüleme bulguları sıklıkla enfeksiyöz veya inflamatuvar süreçlerle karışabilmektedir. Özellikle kronik orşit, piyosel ya da intratestiküler sekelleri düşündüren olgularda malignite şüphesi gecikebilir. Bu olgu sunumunda, skrotal şişlik ve kronik orşit benzeri görüntüleme bulguları ile başvuran, serum tümör belirteçleri normal olmasına rağmen ileri inceleme ve cerrahi sonrası mikst germ hücreli testis tümörü tanısı alan nadir bir hastanın sunulması amaçlandı. Bu olgu ile ileri yaşta saptanan şüpheli intratestiküler kitlelerde, benign görünüm veren radyolojik bulguların malignite olasılığını dışlamadığı ve uygun cerrahi yaklaşım ile histopatolojik değerlendirmenin tanıda belirleyici olduğu vurgulanmak istendi.

GEREÇ-YÖNTEM

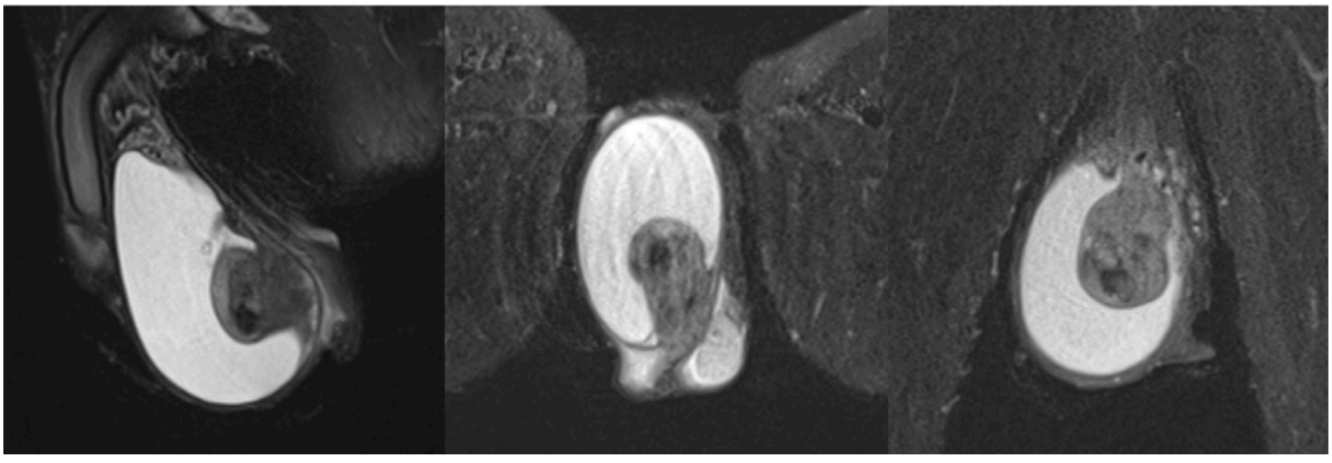
Bu çalışma, ileri yaşta skrotal şişlik nedeniyle başvuran ve klinik, radyolojik ile histopatolojik değerlendirme sonucunda mikst germ hücreli testis tümörü tanısı alan bir hastanın olgu sunumudur. Hastanın başvuru yakınması, fizik muayene bulguları, serum tümör belirteçleri, skrotal ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Görüntüleme bulguları kronik orşit, intratestiküler sekel koleksiyon ve olası lenfoma açısından yorumlandı; malignite şüphesinin devam etmesi üzerine hastaya sağ inguinal radikal orşiektomi uygulandı. Elde edilen cerrahi materyal histopatolojik incelemeye gönderildi ve tümör tipi, invazyon özellikleri ile cerrahi sınırlar değerlendirildi. Postoperatif dönemde toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografi ile evreleme yapıldı ve serum belirteçleri yeniden kontrol edildi. Olgu sunumu hazırlanırken hasta gizliliği korunmuş, gerekli bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

BULGULAR

Yetmiş yaşında erkek hasta skrotal şişlik nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede sağ testiste büyüme ve inferior kesimde sertlik saptandı. Serum alfa-fetoprotein, beta-insan koryonik gonadotropin ve laktat dehidrogenaz düzeyleri normaldi. Skrotal ultrasonografide sağ testis heterojen ve nekrotik görünümde olup lateral kesimde 16×10 mm hipoekoik solid lezyon ve masif piyosel izlendi. Bulgular kronik orşit ve intratestiküler sekel koleksiyon lehine değerlendirilmekle birlikte lenfoma dışlanamadı. Manyetik rezonans görüntülemede sağ testiste yaklaşık 33×35 mm boyutlu, heterojen kontrastlanan ve difüzyon kısıtlaması gösteren kitle saptandı. Malignite şüphesiyle sağ inguinal radikal orşiektomi uygulandı. Histopatolojik incelemede 5,5 cm çapında, %96 seminom ve %4 embriyonel karsinom bileşenlerinden oluşan mikst germ hücreli tümör saptandı. Rete testis, hilar yumuşak doku, epididim ve spermatik kord invazyonu ile lenfovasküler invazyon mevcuttu; cerrahi sınırlar negatifti ve tümör pT3 olarak evrelendirildi. Toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografisinde metastaz veya patolojik lenfadenopati izlenmedi; postoperatif belirteçler normaldi.

SONUÇ

İleri yaştaki testiküler kitlelerde görüntüleme enfeksiyöz süreci düşündürse ve tümör belirteçleri normal olsa dahi germ hücreli tümör olasılığı dışlanmamalıdır. Şüpheli intratestiküler lezyonlarda inguinal yaklaşım ve histopatolojik inceleme kesin tanı açısından önemlidir.



SB-274) PROSTAT HACMİ PSAD'NİN CSPCA ÖNGÖRÜSÜNDEKİ PERFORMANSINI DEĞİŞTİRİR Mİ? TEK MERKEZLİ MRI-BİYOPSİ KOHORTU

MUSTAFA ONURALP YILMAZ(1) MURAT BERDAN BARUT(1) BURAK KÖSEOĞLU(2) ROZA SEMİRAMİS ERZİNCANLI(1) KEMAL GÜMÜŞ(1) SERDAR TOKSÖZ(1)

1. sincan eğitim ve araştırma hastanesi
2. polatlı devlet hastanesi

AMAÇ

EAU 2026 kılavuzu, PI-RADS 1–2, 3 ve 4–5 kategorilerinde biyopsi kararını PSAD kategorilerine (<0.10, 0.10–0.15, 0.15–0.20, >0.20 ng/mL/mL) göre risk-adapte bir matrisle yönlendirmektedir. Çalışmamızda prostat hacim kategorilerine göre PSAD tanısal performansını ve kendi kohortumuzun EAU 2026 risk kategorileriyle uyumunu değerlendirdik.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2025–Nisan 2026 tarihleri arasında oluşturulan 249 hastalık retrospektif tek merkez MRI-biyopsi kohortu hacme göre 3 gruba ayrıldı (<30, 30–50, >50 mL). Klinik karar doğrultusunda biyopsi yapılan 91 hastada (%36.5) PSAD'ın csPCa (ISUP >2) için tanısal performansı ROC analiziyle değerlendirildi; AUC değerleri bootstrap yöntemiyle hesaplandı (%95 CI, n=1000). Primer eşik PSAD 0.10, sekonder eşik PSAD 0.15 olarak belirlendi; her iki eşik performansı hacim gruplarında karşılaştırıldı.

BULGULAR

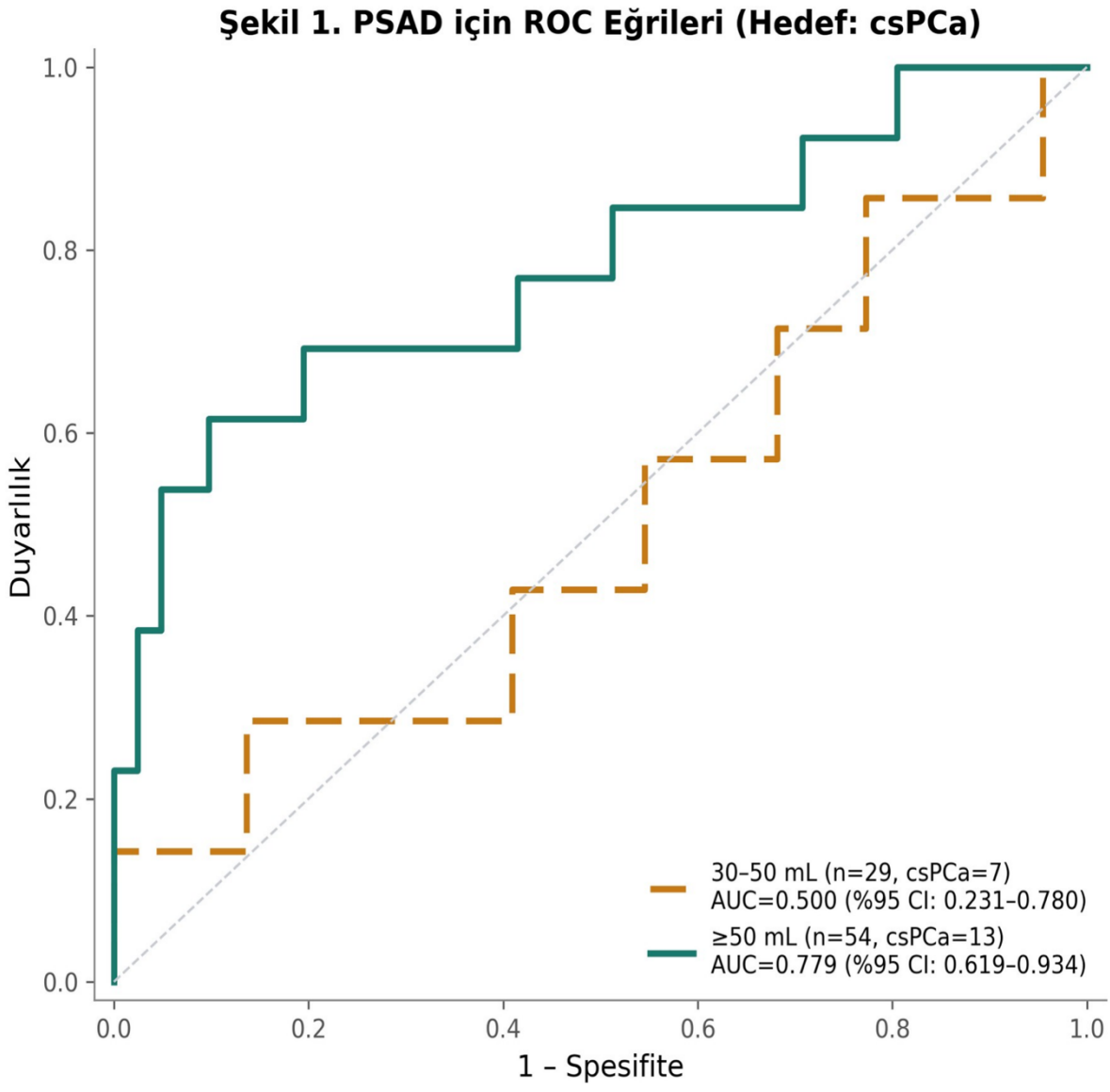
Medyan prostat hacmi 59 mL (IQR 45–78) idi; hastaların %65.5'i > 50 mL grubundaydı. Biyopsi yapılan 91 hastanın 22'sinde (%24.2) csPCa saptandı; saptanma oranı hacim gruplarında benzerdi. PSAD tanısal performansı hacim stratifikasyonuna göre belirgin farklılık gösterdi. 30–50 mL grubunda (n=29, csPCa=7) hiçbir hasta PSAD <0.10 değerine sahip değildi; AUC=0.500 ile PSAD triaj değeri taşımadı. > 50 mL grubunda (n=54, csPCa=13) PSAD AUC=0.779 (%95 CI: 0.619–0.934) elde edildi; PSAD 0.10 eşiğinde NPV=%90.5 ile EAU 2026 biyopsi omizyonu mantığıyla uyumlu bulundu. PSAD >0.20 bandında csPCa oranı %78 (%95 CI: %44–%100) olarak saptandı; ancak bu alt grupta yalnızca 9 hasta bulunmakta olup CI genişliği yorumu kısıtlamaktadır.

SONUÇ

> 50 mL bezlerde PSAD, EAU 2026 risk çerçevesiyle genel uyum gösteren güvenilir bir triage aracı olarak değerlendirilebilir. Buna karşın 30–50 mL orta zon bezlerde EAU biyopsi omizyonu eşiği (PSAD <0.10) pratikte uygulanamamakta ve PSAD tek başına yeterli ayrım gücü sağlayamamaktadır. Bu bulgular, BPH ağırlıklı Türk klinik pratiğinde PSAD kalibrasyonunun prostat hacmini dikkate alması gerektiğini düşündürmektedir. Küçük biyopsi alt grupları ve tek merkezli retrospektif tasarım nedeniyle bulgular bağımsız ve daha büyük kohortlarda doğrulama gerektirmektedir.

Hacim grubu / Eşik	n (csPCa)	AUC (95% CI)	Sens	Spec	PPV	NPV
30–50 mL — genel	29 (7)	0.500 (0.231–0.780	—	—	—	—
Eşik 0.10 (primer)	29 (7)	—	100%	0%*	24%	n/a
Eşik 0.15 (sekonder)	29 (7)	—	57%	32%	21%	70%
> 50 mL — genel	54 (13)	0.779 (0.619–0.934)	—	—	—	—
Eşik 0.10 (primer)	54 (13)	—	85%	46%	33%	90%†
Eşik 0.15 (sekonder)	54 (13)	—	62%	85%	57%	88%

PSAD Tanısal Performansı — Hacim ve Eşik Kategorilerine Göre



Şekil 1. Turuncu kesikli: 30–50 mL (n=29). Yeşil düz: ≥50 mL (n=54). ≤30 mL grubu (n=8) yetersiz örneklem nedeniyle dahil edilmemiştir.

SB-276) KLİNİK ANLAMLI PROSTAT KANSERİNI ÖNGÖREN PARAMETRELER

UĞUR AYDIN(1) ENGİN DEREKÖYLÜ(1) ZİHNİ CAN DAĞDEVİREN(1) BARAN KARAKIŞ(1) HASAN DELİKTAŞ(1)

1. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Klinik anlamlı prostat kanserini (csPca) öngörmede kullanılan parametreler ve bağımsız prediktif değerlerini değerlendirmek.

GEREÇ-YÖNTEM
Haziran 2018-Haziran 2026 tarihleri arasında Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan prostat biyopsileri retrospektif olarak tarandı. Bu biyopsilerden multiparametrik prostat MRG'ı olanlar çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen 400 hastanın yaşları, biyopsi sonuçları, PSA değerlei, PSA dansiteleri, PIRADS lezyonları, prostat volümleri kaydedildi. Tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı. csPca, ISUP >1 olarak kabul edildi.

BULGULAR
Hastaların klinikopatolojik verileri Tablo 1'de özetlenmiştir. Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde yaş, serum PSA düzeyi, PSA dansitesi ve prostat hacmi klinik anlamlı prostat kanseri ile anlamlı ilişki göstermiştir (Tablo 2). Yaştaki her 1 yıllık artış csPCa olasılığını %5.8 (OR=1.058, %95 GA: 1.024–1.094), PSA'daki her 1 ng/mL artış %4.2 (OR=1.042, %95 GA: 1.018–1.067) ve PSA dansitesindeki her 0.10 ng/mL/cc artış %37.1 (OR=1.371, %95 GA: 1.174–1.602) artırmıştır. Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde, PIRADS skoru klinik anlamlı prostat kanseri (csPCa) ile anlamlı düzeyde ilişkili bulundu. PIRADS 0–2 referans kategori olarak alındığında, PIRADS 3 grubunda csPCa olasılığı anlamlı olarak artmamıştır (OR=0.796, %95 GA: 0.322–1.966, p=0.621). Buna karşın PIRADS 4 grubunda csPCa saptanma olasılığı yaklaşık 2.6 kat daha yüksek bulunmuştur (OR=2.621, %95 GA: 1.466–4.685, p=0.001). En yüksek risk PIRADS 5 grubunda izlenmiş olup, bu grupta csPCa görülme olasılığı PIRADS 0–2 grubuna göre yaklaşık 11.2 kat artmıştır (OR=11.204, %95 GA: 5.508–22.789, p<0.001). Çok değişkenli analizde, PSA dansitesindeki her 0.10 ng/mL/cc artışın klinik anlamlı prostat kanseri olasılığını 1.17 kat artırdığı gösterildi (OR=1.174, %95 GA: 1.024–1.346; p=0.022). PIRADS kategorileri değerlendirildiğinde, PIRADS 4 lezyonlarının PIRADS 0–2 grubuna göre 2.54 kat daha yüksek klinik anlamlı prostat kanseri riski taşıdığı belirlendi (OR=2.541, %95 GA: 1.414–4.566; p=0.002). Benzer şekilde, PIRADS 5 lezyonlarında bu risk 7.69 kat artmıştı (OR=7.687, %95 GA: 3.637–16.247; p<0.001).

SONUÇ
PSA dansitesi ve PIRADS skoru csPCa'nın bağımsız belirleyicileridir. PIRADS 4 ve özellikle PIRADS 5 lezyonlarında csPCa riski anlamlı derecede artmaktadır. PSA dansitesindeki her 0.10 ng/mL/cc artış csPCa olasılığını %17 artırmaktadır. Yaş, tek değişkenli analizde anlamlı olmasına rağmen, PIRADS ve PSA dansitesi için düzeltme yapıldığında bağımsız prediktif değerini kaybetmiştir.

-	Klinik Anlamsız Prostat Kanseri	Klinik Anlamlı Prostat Kanseri	P değeri
Yaş (yıl) (median(Q1-Q3))	63 (59–70)	68 (62–72)	<0.001
PSA (ng/mL)(median(Q1-Q3))	6.00 (4.60–8.20)	6.92 (5.00–12.70)	0.002
PSA dansitesi (ng/mL/cc)	0.100 (0.072–0.154)	0.143 (0.091–0.268)	<0.001
Prostat hacmi (mL)	60 (48–78)	52 (41–68)	<0.001
PI-RADS <3, n (%)	121 (85.5)	21 (14.5)	<0.001
PI-RADS 3, n (%)	66 (88.1)	9 (11.9)	-
PI-RADS 4, n (%)	77 (69.3)	34 (30.7)	-
PI-RADS 5, n (%)	31 (34.4)	59 (65.6)	-

Tek Değişkenli lojistik regresyon analizi

SB-277) RPG-CT: KONTRASTLI BT-ÜROGRAFİ YAPILAMAYAN HASTALARDA ÜST ÜRİNER SİSTEM ÜROTELYAL TÜMÖRLERİNİN TANISINDA YENİ BİR GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMİ Mİ? ÜRETERORENOSKOPİ İLE KARŞILAŞTIRMALI PROSPEKTİF PİLOT SERİ

FEREC EFENDİOĞLU(1) CİHAT ÖZCAN(1) SALAHETTİN BEDİR(1)

1. GÜLHANE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Kontrastlı BT-ürografi, üst üriner sistem ürotelyal karsinomunun (UTUC) tanısında altın standart görüntüleme yöntemidir. Ancak böbrek fonksiyon bozukluğu bulunan hastalarda intravenöz kontrast madde kullanımı çoğu zaman mümkün değildir. Bu çalışmada, kontrastlı BT-ürografi uygulanamayan UTUC şüpheli hastalarda geliştirilen Retrograd Pyelografi-BT (RPG-CT) protokolünün uygulanabilirliği ve tanısal performansının, üreterorenoskopi (URS) ve histopatolojik bulgular ile karşılaştırılması amaçlandı

GEREÇ-YÖNTEM

Bu prospektif pilot seriye, serum kreatinin yüksekliği nedeniyle kontrastlı BT-ürografi uygulanamayan ve üst üriner sistem tümörü şüphesi bulunan hastalar dahil edildi. Referans standart olarak URS ve histopatolojik inceleme kabul edildi. Genel anestezi altında gerçekleştirilen URS sırasında lezyondan biyopsi alındı ve distal üretere 8 Fr üreter kateteri yerleştirildi. Hastanın mobilizasyonunun ardından üreter kateteri aracılığıyla retrograd olarak 20–40 mL iyotlu kontrast madde (Omnipaque®) yaklaşık 10 mL/sn hızında enjekte edildi. Enjeksiyonun 10. saniyesinden itibaren çok kesitli BT görüntüleme gerçekleştirildi (120 kVp, otomatik mAs, 1 mm kesit kalınlığı). Görüntüler, toplayıcı sistem dolum defekti ve intraluminal kitle varlığı açısından değerlendirildi ve elde edilen bulgular URS ile histopatoloji sonuçlarıyla karşılaştırıldı.

BULGULAR

Toplam 6 hasta değerlendirildi. Üç hastada URS ve histopatolojik inceleme ile üst üriner sistem ürotelyal tümörü doğrulandı. RPG-CT bu hastaların tamamında lezyonu doğru olarak gösterdi. Kalan üç hastada URS ve histopatolojik incelemede tümör saptanmadı ve RPG-CT bu olguların tamamında tümör bulunmadığını doğru şekilde gösterdi. Pilot serimizde RPG-CT ile URS bulguları arasında tam uyum izlendi.

SONUÇ

RPG-CT, kontrastlı BT-ürografi uygulanamayan ve UTUC şüphesi bulunan hastalarda uygulanabilir ve umut verici bir görüntüleme yöntemi olarak görünmektedir. Bu pilot seride URS ve histopatolojik sonuçlarla tam uyum göstermiştir. Bununla birlikte, hasta sayısının sınırlı olması nedeniyle elde edilen bulgular yalnızca uygulanabilirlik verisi olarak değerlendirilmeli; yöntemin tanısal doğruluğu daha geniş, prospektif ve çok merkezli çalışmalarla doğrulanmalıdır.

SB-278) PI-RADS 3 LEZYONU OLAN HASTALARDA TRUS BİYOPSİ İLE PROSTAT KANSERİ SAPTANMA ORANI NASILDIR?

ERTUĞRUL YÜLEK(1) İSMAİL BAŞARAN(1) ALİCAN KÖK(1) HASAN BERK ULAŞLI(1)

1. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İZMİR TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Multiparametrik prostat manyetik rezonans görüntülemesinde (mpMRG) PI-RADS 3 lezyonlar, malignite olasılığı belirsiz olması nedeniyle biyopsi kararı açısından tartışmalı gruplardan biridir. Bu çalışmada, mpMRG'de yalnızca PI-RADS 3 lezyonu bulunan hastalarda TRUS biyopsi ile prostat kanseri ve klinik anlamlı prostat kanseri saptanma oranlarının belirlenmesi, ayrıca malignite ile ilişkili klinik ve radyolojik faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak-Ağustos 2025 tarihleri arasında TRUS eşliğinde prostat biyopsisi uygulanan 568 hasta retrospektif olarak incelendi. MpMRG'de yalnızca PI-RADS 3 lezyonu bulunan ve biyopsi yapılan 150 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, serum PSA düzeyi, prostat volümü, PSA dansitesi, mpMRG'de lezyon sayısı, lezyon boyutu, lezyon lokalizasyonu ve rektal tuşe bulguları kaydedildi. Tüm hastalar biyopsi sonucuna göre malignite saptanan ve malignite saptanmayan iki grup halinde karşılaştırıldı. Kanser saptanan olgularda Gleason skoru, pozitif kor sayısı ve tümör tutulum oranı değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 150 hastanın yaş ortalaması 64,59±6,11 yıl, ortalama PSA değeri 8,97±7,82 ng/mL, ortalama prostat volümü 74,7±41,83 mL ve PSA dansitesi 0,13±0,11 idi. MpMRG'de ortalama lezyon sayısı 1,4±0,62, ortalama lezyon boyutu 10,18±4,28 mm olarak bulundu. Lezyonlar 52 hastada (%34,7) sağ, 61 hastada (%40,7) sol ve 37 hastada (%24,7) bilateral yerleşimliydi. Rektal tuşede 140 hastada (%93,3) benign, 10 hastada (%6,7) malignite lehine bulgu saptandı. TRUS biyopsi sonucunda 29 hastada (%19,3) prostat kanseri tespit edilirken, 121 hastada (%80,7) malignite izlenmedi. Kanser saptanan olgularda Gleason skoru 24 hastada 3+3, 4 hastada 3+4 ve 1 hastada 4+3 idi. Klinik anlamlı prostat kanseri oranı tüm popülasyonda %3,3 (5/150), kanser grubunda %17,2 idi. Malignite saptanan hastalarda prostat volümü daha düşük bulundu (55,34±21,17 mL vs 79,34±44,23 mL; p=0,005). PSA dansitesi malignite saptanan grupta daha yüksekti (0,18±0,16 vs 0,12±0,08; p=0,008). Rektal tuşede malign bulgu oranı da kanser saptanan grupta yüksekti (p<0,001). Buna karşın yaş, PSA düzeyi, lezyon boyutu, lezyon sayısı, lezyon tarafı ve lezyon yerleşim zonu açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.

SONUÇ

MpMRG'de PI-RADS 3 lezyonu bulunan hastalarda prostat kanseri saptanma oranı %19,3, klinik anlamlı prostat kanseri oranı %3,3 olarak bulundu. Kanser saptanan olguların büyük çoğunluğunun Gleason 3+3 düzeyinde olması, bu hasta grubunda klinik anlamlı kanser yükünün düşük olduğunu göstermektedir. Düşük prostat volümü, yüksek PSA dansitesi ve malign rektal tuşe bulgusu malignite ile ilişkili bulunurken, lezyon sayısı, boyutu ve lokalizasyonunun ayırt edici olmadığı görüldü. Bu bulgular, PI-RADS 3 hastalarda biyopsi kararının yalnızca görüntüleme bulgularına göre değil, PSA dansitesi, prostat hacmi ve rektal tuşe gibi ek klinik parametrelerle birlikte bireyselleştirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

SB-279) DÖRT YIL SONRA TANI ALAN BURNED OUT TESTİS TÜMÖRÜ

MEHMET SALİH BOĞA(1) OZAN AKGÜL(1) İBRAHİM İNLEYEN(1) HASAN ARDA DURAK(1) UMUR CEM TOPCU(1) NİHAT ATEŞ(1) MAHMUT EKREM İSLAMOĞLU(1)

1. ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Burned-out testis tümörü, primer testiküler germ hücreli tümörün spontan regresyonu sonucu gelişen nadir bir klinikopatolojik antitedir. Klinik ve radyolojik bulgular aktif testis tümörlerini taklit edebilir ve kesin tanı çoğunlukla histopatolojik inceleme ile konulur. Bu olgu sunumunda, dört yıl boyunca mevcut olan intratestiküler kitle nedeniyle değerlendirilen ve radikal orşiektomi sonrası regrese germ hücreli tümör tanısı alan hastanın klinik, radyolojik ve histopatolojik özelliklerinin sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

52 yaşındaki erkek hasta, yaklaşık dört yıldır devam eden sağ skrotal kitle ve zaman zaman gelişen ağrı yakınması ile kliniğimize başvurdu. Hastanın dört yıl önce yurt dışında değerlendirildiği, testis tümörü ön tanısıyla radikal orşiektomi önerildiği ancak cerrahi tedaviyi kabul etmediği öğrenildi.
Fizik muayenede sağ testis sol testise göre belirgin büyük ve sert olarak değerlendirildi.
Serum tümör belirteçleri: ß-hCG: 1.4 U/L, AFP: 7.75 ng/mL,LDH: 190 U/L

BULGULAR

USG:
Sağ testis, sol testise göre volümlü olup testis hacminin %50'sinden fazlasını kaplayan hipoekoik intratestiküler lezyon izlendi.
SKROTAL MR:Sağ testis hacminin %50'sinden fazlasını kaplayan hafif kontrastlanan intratestiküler kitlesel lezyon izlendi. Difüzyon kısıtlaması saptanmadı.
Kontrastlı Torakoabdominopelvik Bt: Patolojik lenfadenopati veya uzak organ metastazı saptanmadı.
Klinik ve radyolojik bulgular doğrultusunda hastaya sağ radikal orşiektomi uygulandı.
Patolojik incelemede;
Regrese germ hücreli tümör ile uyumlu bulgular,Tümör çapı 4 cm,Testis parankimi içerisinde yerleşim,Cerrahi sınırlarda tümör yok, İn situ lezyon saptanmadı

SONUÇ

Burned-out testis tümörü, normal tümör belirteçleri ve metastatik hastalık bulunmayan olgularda da akılda tutulmalıdır.
Uzun süreli intratestiküler kitlelerde malignite olasılığı dışlanmamalıdır.
Radikal orşiektomi tanı ve tedavi açısından önemini korumaktadır.
Histopatolojik değerlendirme kesin tanıyı sağlar.

SB-280) İNTRAVEZİKAL BACİLLUS CALMETTE–GUÉRİN SONRASI GELİŞEN AKUT ENSEFALOPATİK TABLO VE AĞIR SİSTEMİK İNFLAMATUAR YANIT: ATİPİK BİR OLGU SUNUMU

MEHMET GÖKASLAN(1) YASİN AKTAŞ(1) ADEM TUNÇEKİN(1) MERT HAMZA ÖZBİLEN(1) HAKAN TÜRK(1)

1. UŞAK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

İntravezikal Bacillus Calmette–Guérin, non-muscle invasive mesane kanserinin adjuvan tedavisinde etkin bir immünoterapi yöntemidir. Tedaviye bağlı lokal irritatif semptomlar ve sistit tablosu sık görülmekle birlikte nadiren ciddi sistemik ve nörolojik komplikasyonlar gelişebilmektedir. Literatürde intravezikal BCG sonrası ensefalit, menenjit, Guillain-Barré sendromu ve santral sinir sistemi vasküliti gibi farklı nörolojik tablolar bildirilmiştir. Bu olgu ile intravezikal BCG tedavisini takiben gelişen akut ensefalopatik tablonun klinik seyri, tanısal değerlendirme süreci ve tedavi yaklaşımının sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

T1 düşük dereceli non-muscle invasive mesane kanseri nedeniyle intravezikal BCG tedavisi sonrası nörolojik komplikasyonlar gelişen 66 yaşındaki erkek hastanın klinik bulguları, laboratuvar parametreleri, radyolojik görüntülemeleri, mikrobiyolojik incelemeleri ve tedavi süreci retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR

İlk intravezikal BCG instilasyonunu takiben ikinci günde hastada 38.5°C ateş, dizüri, urgency ve pollaküri şikayetleri gelişti. Ardından afazi ve yakınları tarafından fark edilen dezoryantasyon tablosu ortaya çıkması üzerine hasta acil servise başvurdu. Laboratuvar incelemelerinde tam kan sayımında lökosit 14.33x10?/L, nötrofil 13.37x10?/L, CRP >300 mg/L, prokalsitonin 22 ng/mL TİT'te eritrosit 20 HPF, lökosit 15,5 HPF olarak saptandı. Batın-pelvik görüntülemede sistit ile uyumlu mesane duvar kalınlaşması saptandı. Hastanın AÜSS ve ateş şikayetleri sonucunda BCG sistiti ön tanısıyla üroloji kliniğine yatışı yapıldı. Ampirik antibiyotik tedavisi için sefoperazon sulbaktam tedavisi başlandı. Nörolojik şikayetleri için çekilen beyin bilgisayarlı tomografi ve difüzyon manyetik rezonans görüntülemede akut nörolojik patoloji izlenmedi. Daha önce nörolojik bir öyküsü olmayan hastanın nöroloji kliniği konsültasyonu sonucunda afazi ve dezoryantasyon bulguları altta yatan enfektif sürece yani BCG sistitine bağlandı. Yatış idrar kültüründe Enterococcus spp. üremesi izlendi, kan kültürlerinde üreme olmadı. İdrar kültürü sonucuna göre ampisilin-sulbaktam ve gentamisin tedavisine geçildi. Hastanın nörolojik bulguları ve enfeksiyon parametreleri tedavi altında gerilemesinin ardından toplam 19 günlük yatış sonrası taburcu edildi. Hasta adjuvan tedavi olarak epirubisin ile takip edildi, daha sonra nörolojik herhangi bir sekel kalmadı ve şikayetleri tekrarlamadı.

SONUÇ

İntravezikal BCG sonrası gelişen ateş ve nörolojik semptomlarda enfeksiyöz ve inflamatuar komplikasyonlar akılda tutulmalıdır. Erken multidisipliner yaklaşım ve yakın izlem morbiditenin azaltılmasında önemlidir.

SB-281) T1 MESANE TÜMÖRLÜ HASTALARDA VI-RADS SKORUNUN RE-TUR GEREKLİLİĞİNİ ÖNGÖRMEDEKİ ROLÜ

HÜSEYİN BATUR(1) DOĞAN SABRİ TOK(1) BİRGÜL TOK(2) MUSTAFA KUTALP KAPLAN(1) SERDAR ASLAN(3) ERHAN DEMİRELLİ(1) ERCAN ÖĞREDEN(1) URAL OĞUZ(1)

1. Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Giresun
2. Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Giresun
3. Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Giresun

AMAÇ

Bu çalışmada, T1 mesane kanseri tanısı alan hastalarda preoperatif mpMRG'de VI-RADS skorunun, re-TUR patolojisini öngörmedeki değerini ve VI-RADS <3 olan hastalarda re-TUR gerekliliğini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Aralık 2021 – Ocak 2026 tarihleri arasında merkezimizde mesane kanseri tanısı ile takip edilen 262 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi.İlk TUR patolojisi T1 olan 71 hasta değerlendirildi.Eşlik eden CIS saptanan 11 hasta çalışma dışı bırakıldı.Preoperatif mpMRG görüntüsü bulunan ve VI-RADS skorlama yapılabilen 20 hasta çalışmaya dahil edildi.Bu hastaların demografik özellikleri, tümör boyutları, ilk TUR patolojileri, VI-RADS skorları ve re-TUR patoloji sonuçları analiz edildi.
Son analiz 20 T1 hasta üzerinden yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 20 hastanın ilk TUR patolojileri incelendiğinde, 3 hastanın (%15) düşük dereceli T1 (LG-T1), 17 hastanın (%85) yüksek dereceli T1 (HG-T1) olduğu saptandı. LG-T1 tanısı alan 3 hastanın tamamı preoperatif mpMRG'de VI-RADS <3 olarak değerlendirildi ve bu hastaların tümünde re-TUR patolojisi benign (%100) olarak raporlandı. LG-T1 grubunda rezidü tümör veya evre yükselmesi saptanmadı.

Analize dahil edilen 17 HG-T1 hastanın 11'i (%64.7) VI-RADS <3, 6'sı (%35.3) VI-RADS ?3 olarak sınıflandırıldı. HG-T1 + VI-RADS <3 grubunda re-TUR'da 8 hastada (%72.7) benign/PUNLUP sonuç elde edilirken, 3 hastada (%27.3) rezidü HG-T1 saptandı; bu grupta evre yükselmesi izlenmedi. HG-T1 + VI-RADS ?3 grubunda ise 3 hastada (%50.0) rezidü HG-T1, 2 hastada (%33.3) benign sonuç ve 1 hastada (%16.7) kas invazyonu (T2) saptandı.

SONUÇ

T1 mesane kanseri tanısı alan hastalarda, VI-RADS <3 olan olgularda re-TUR'da evre yükselmesi saptanmamıştır.Buna karşılık VI-RADS ?3 olan hastalarda rezidü tümör ve evre yükselmesi daha sık izlenmiştir.Bu bulgular, VI-RADS <3 olan seçilmiş T1 hastalarda re-TUR gerekliliğinin sorgulanabileceğini düşündürmektedir.

Grup	n	Benign / PUNLUP	Rezidü HG-T1	Evre Yükselmesi (T2)
LG-T1 + VI-RADS <3	3	3 (%100)	0	0
HG-T1 + VI-RADS <3	11	8 (%72.7)	3 (%27.3)	0
HG-T1 + VI-RADS ≥3	6	2 (%33.3)	3 (%50.0)	1 (%16.7)

SB-282) RADİKAL PROSTATEKTOMİ YAPILAN PROSTAT KANSERİ HASTALARINDA CERRAHİ SINIR POZİTİFLİĞİNİ ÖNGÖREN PREDİKTÖRLER

UGUR AYDIN(1) ZİHNI CAN DAGDEVIREN(1) ENGIN DEREKOYLU(1) ONUR OKUROGLU(1) YELDA DERE(1)

1. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Radikal prostatektomi (RP) sonrası cerrahi sınır pozitifliği (CSP), biyokimyasal nüks (BCR) ve adjuvan tedavi gereksinimi açısından en kritik bağımsız prognostik göstergelerden biridir. Bu çalışmada, açık RP uygulanan olgularda CSP ile ilişkili preoperatif klinik veriler ve postoperatif spesimen özellikleri güncel klinik kılavuzlar ışığında analiz edilmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM

2013–2025 yılları arasında açık RP uygulanan 224 hasta retrospektif olarak incelendi. Olgular cerrahi sınır durumuna göre negatif (CS–, n=98) ve pozitif (CS+, n=126) olarak iki gruba ayrıldı. Preoperatif PSA, multiparametrik prostat MRG (mpMRG) PI-RADS skorları, biyopsi histopatolojisi ve postoperatif spesimen özellikleri karşılaştırıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ kabul edildi.

BULGULAR

CSP grubunda preoperatif PSA >20 ng/mL (%15,9 vs %6,1; p=0.002) ve PI-RADS 5 lezyon sıklığı (%11,9 vs %4,1; p=0.001) anlamlı olarak yüksekti. Biyopsi bulgularında yüksek Gleason skorları (?4+3; p=0.029) ve perinöral invazyon(PNI) (%27,8 vs %14,3; p=0.02) CSP ile ilişkili bulundu.
Postoperatif spesimenlerde CSP grubunda yüksek ISUP derece (p<0.001), ekstraprostatik yayılım(EPE) (%58,7 vs %13,3; p<0.001), seminal vezikül invazyonu(SVI) (%19,8 vs %4,1; p<0.001), lenf nodu tutulumu(LNI) (%7,9 vs %1; p=0.02) ve kribriform patern (%31,7 vs %10,2; p<0.001) daha sık izlendi.
Biyopsi ile nihai patoloji arasındaki farklılıklar undergrading ve understaging eğilimini ortaya koydu. EPE %6,3 iken RP sonrası %58,7'ye; kribriform patern biyopside %9,5 iken RP patolojisinde %31,7'ye yükseldi.

SONUÇ

RP sonrası CSP'nin öngörülmesinde preoperatif PSA düzeyleri, mpMRG PI-RADS skorları ve biyopsi perinöral invazyon varlığı kritik parametrelerdir. Postoperatif analizlerde CSP; yüksek derece grubu, ekstraprostatik yayılım, seminal vezikül invazyonu ve kribriform patern ile güçlü ilişki göstermektedir.
Çalışmamız, kılavuzların öngördüğü kişiselleştirilmiş cerrahi planlamanın gerekliliğini ortaya koymakta; cerrahi sınır pozitifliğini tümör biyolojisi ile ilişkilendiren yaklaşımı klinik verilerle pekiştirmektedir. Bulgular, biyopsinin sınırlılıklarını ve nihai patolojide daha yüksek evre/derece ile karşılaşılabileceğini göstererek, güncel kılavuzlarda vurgulanan risk temelli cerrahi stratejilerle uyum göstermektedir.

Tablo 1. Radikal prostatektomi öncesi parametreler

Değişkenler(n/%)	Cerrahi Sınır (-) n=98	Cerrahi Sınır (+) n=126	p değeri
mpMRG			
Yok	70 (%71,4)	95 (%75,4)	**0.001**
PI-RADS <3	10 (%10,2)	0 (%0)	
PI-RADS 3	2 (%2,0)	2 (%1,6)	
PI-RADS 4	12 (%12,2)	14 (%11,1)	
PI-RADS 5	4 (%4,1)	15 (%11,9)	
Bx Gleason Skoru			
3+3	53 (%54,1)	51 (%40,5)	**0.029**
3+4	35 (%35,7)	44 (%34,9)	
≥4+3	10(%11,2)	31 (%24,6)	
Biyopside PNI			
Var	14(%14,3)	35 (%27,8)	**0.02**
Yok	84 (%85,7)	91 (%72,2)	
Total PSA (ng/mL)			
<10	74 (%75,5)	67 (%53,2)	**0.002**
10-20	18 (%18,4)	39 (%31,0)	
>20	6 (%6,1)	20 (%15,9)	

Tablo 2. Radikal prostatektomi sonrası parametreler

Değişkenler(n/%)	Cerrahi Sınır (-) n=98	Cerrahi Sınır (+) n=126	p değeri
RP'de EPE			
Var	13 (%13,3)	74 (%58,7)	**<0.001**
Yok	85 (%86,7)	52 (%41,3)	
RP'de PNI			
Var	59 (%60,2)	94 (%74,6)	**0.03**
Yok	39 (%39,8)	32 (%25,4	
RP'de Kribriformite			
Var	10 (%10,2)	40 (%31,7)	**<0.001**
Yok	88 (%89,8)	86 (%68,3)	
RP'de ISUP			
1	40 (%40,8)	20 (%15,9)	**<0.001**
2	44 (%44,9)	54 (%42,9)	
3	9 (%9,2)	36 (%28,6)	
4	3 (%3,1)	1 (%0,8)	
5	2 (%2,0)	15 (%11,9)	
SV İnvazyonu			
Var	4 (%4,1)	25 (%19,8)	**<0.001**
Yok	94 (%95,9)	101 (%80,2)	
LN Tutulumu			
Var	1 (%1)	10 (%7,9)	**0.02**
Yok	97 (%99)	116 (%92,1)	

SB-283) SERBEST/TOTAL PSA ORANI VE PROSTAT HACMİNE DAYALI RİSK GRUPLARINDA PROSTAT KANSERİ ORANLARI VE GLEASON SKORU SONUÇLARININ DAĞILIMI

COŞKUN BOSTANCI(1) KAZIM ERDEM(2)

1. T.C SAĞLIK BAKANLIĞI KARABÜK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, KARABÜK, TÜRKİYE
2. T.C SAĞLIK BAKANLIĞI, KARABÜK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, KARABÜK, TÜRKİYE

AMAÇ

Bu çalışmada serbest/total prostat spesifik antijen oranı (s/t PSA) ve prostat hacmine (PH) dayalı risk sınıflandırma sisteminin prostat kanseri (PK) tespit oranları ile Gleason skoru (GS) sonuçları üzerindeki ayırt edici gücünün değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

PSA değeri 4–10 ng/ml arasında olan ve sistematik transrektal prostat biyopsisi yapılan 876 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar s/t PSA oranı ve PH değerlerine göre yüksek risk grubu (s/t PSA< 0,11 ve PH < 40 cc), orta risk grubu (s/t PSA = 0,11–0,20 ve PH = 40–80 cc) ve düşük risk grubu (s/t PSA >0,20 ve PH >80 cc) olarak sınıflandırıldı. Bu gruplara uymayan hastalar diskordan grup olarak değerlendirildi ve alt gruplarda analiz edildi. Her bir grup için PK ve GS sonuçları saptandı.

BULGULAR

PK oranları yüksek, orta, diskordan ve düşük risk gruplarında sırasıyla %77,8, %40,5, %37,3 ve %14,3 bulundu. GS sonucu 6 olan hastaların oranları açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi (%13,3, %17,0, %10,7 ve %11,6; p=0,226). GS sonucu > 6 olan hasta oranları ise anlamlı farklılık gösterdi (%64,4, %23,5, %25,7 ve %3,6; p<0,001). Diskordan alt gruplarda, s/t PSA oranı < 0,11 olup PH > 40 cc olanlarda GS > 6 oranı %60,6; s/t PSA oranı = 0,11–0,20 olup PH < 41 cc olanlarda ise %63,0 saptandı.

SONUÇ

s/t PSA ve PH ’ye dayalı risk sınıflaması, GS > 6 olan hastalar açısından belirgin risk ayrımı sağlamıştır. Diskordan grup analizi, s/t PSA ve PH’ nin PK riskiyle ilişkili bağımsız parametreler olabileceğini düşündürmektedir. Düşük risk grubunda GS > 6 oranının düşük olması (%3,6), daha seçici biyopsi stratejilerini desteklemektedir. Özellikle multiparametrik manyetik rezonans görüntülemenin sınırlı olduğu merkezlerde, bu sınıflama biyopsi adaylarının belirlenmesinde klinik karar sürecine katkı sağlayabilir.

SB-284) LİPOM OLARAK TAKİP EDİLEN PARATESTİKÜLER LİPOSAKROM: VAKA SUNUMU

ENES ŞİNOFOROĞLU(1) MURAT ŞARLAVUK(1) AHMET ÖZGÜR UZUNLU(1) NURULLAH KADİM(2) ERDAL BENLİ(1)

1. ORDU ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. VEZİRKÖPRÜ DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Skrotumda şişlik nedeniyle başvuran hastanın etyolojisinde birçok patoloji bulunabilir. Etyolojide hidrosel, varikosel, epididim kisti gibi benign patolojiler olabileceği gibi liposarkom gibi agresif seyreden malign patolojiler de olabilir. Bu çalışmanın amacı dış merkezde 4 yıldır skrotal lipom tanısı ile takip edilen liposarkom vakasını sunmak ve bu konuya dikkat çekmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

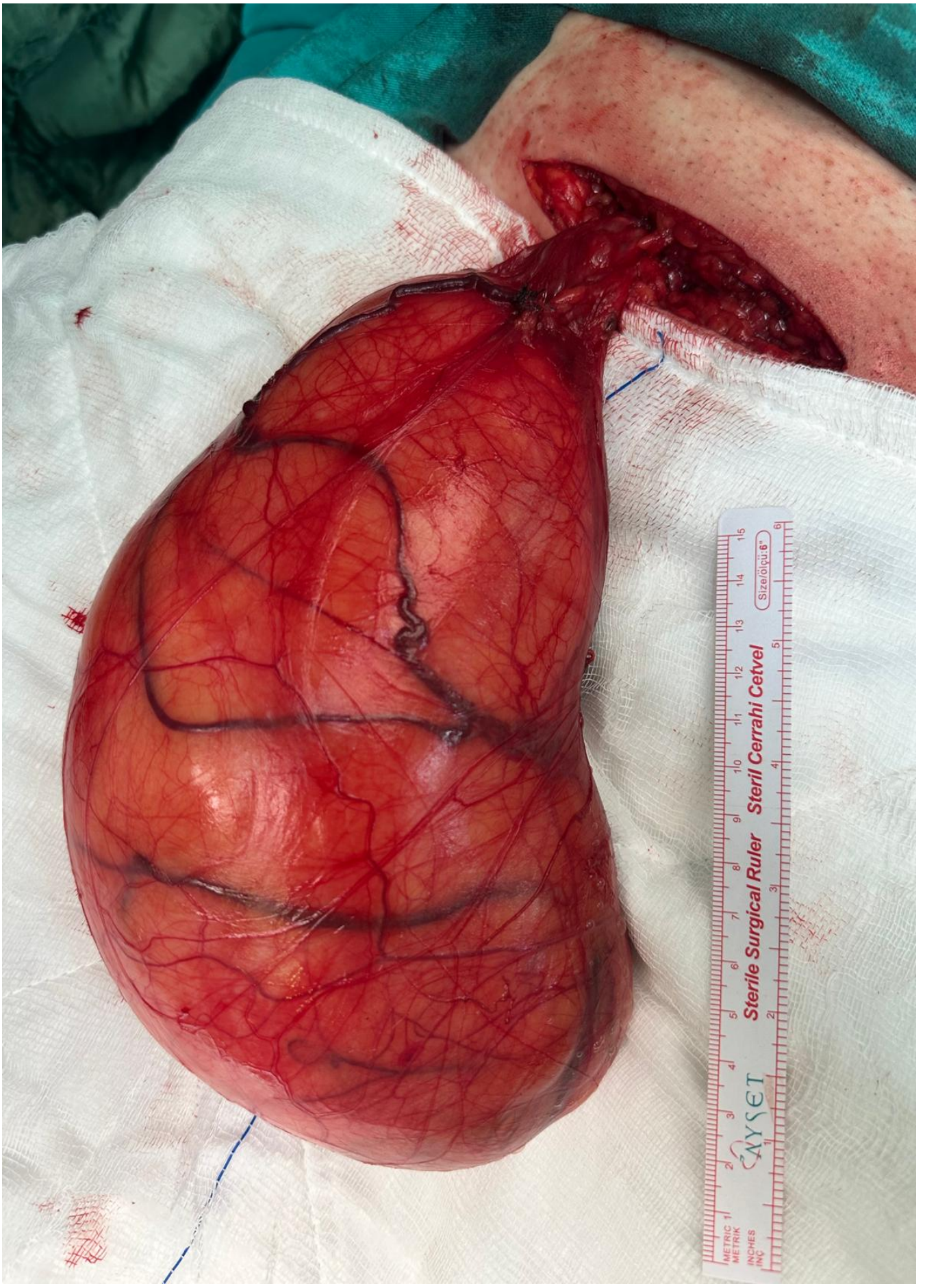
57 yaşında A.G. adlı erkek hasta skrotal kitle ön tanısı ile kliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünde kitlenin 4 yıldır olduğu ve dış merkezde lipom olarak izlendiği öğrenildi. Kitle ağrısızdı, boyutlarında artış vardı. Hastanın özgeçmişinde koroner arter hastalığı, diabetes mellitus öyküsü vardı.

BULGULAR

Fizik muayenede sağ skrotumda testisten bağımsız, ağrısız yumuşak doku kıvamında kitle saptandı. Tümör belirteçleri ve laboratuvar testleri normaldi. Skrotal ultrason (158x69x111 mm boyutlu hiperekoik yağ şeritli solid lezyon) ve MRI (126x80x155 mm boyutlu spermatik kord lipomu) ile değerlendirildi. Batın içi yağlı dokunun inguino sktrotal herniasyonu ile ayrıcı tanısı yapılamadı. Klinik şüphenin olması ve kitle boyutunda artış nedeniyle gerekli bilgilendirme yapıldıktan sonra cerrahiye alınan hastanın intraoperatif muayenesinde testisle ayrımı yapılamayan sert nodüler kitle palpe edildi. Spermatik kord ve çevre dokudan çalışılan frozen incelemesinde benign lipomatöz dokular görüldü. Sonrasında hastaya geniş cerrahi eksizyon ve yüksek spermatik kord ligasyonu ile radikal inguinal orşiektomi yapıldı. Patoloji sonucu iyi diferansiye liposarkom olarak raporlandı ve cerrahi sınırlar temizdi. Post-op dönemde komplikasyon görülmedi, hasta sorunsuz olarak taburcu edildi (Şekil 1)

SONUÇ

Bu çalışmada dış merkezde lipom olarak düşünülen ve 4 yıldır takip edilen oldukça agresif seyredebilen liposarkom vakası sunulmuştur. Paratestiküler liposarkomlarda negatif cerrahi sınır sağlanacak şekilde uygulanan radikal inguinal orşiektomi ve yüksek spermatik kord ligasyonu tedavinin temelini oluşturmakta olup, lokal nüks riski nedeniyle uzun dönem yakın takip gerekmektedir. Bu nedenle skrotal kitlelerde altta yatabilecek malign patolojiler akılda olmalıdır. Bu nedenle skrotal kitlelerin değerlendirilmesinde klinik, radyolojik ve patolojik bulguların birlikte yorumlanmasının önemli olduğunu düşünüyoruz. Liposarkomun yol açabileceği sonuçlar düşünüldüğünde, geciken tanı hastanın yaşam hakkının kaybına, doktorun da adli süreçler karşısında zorlanmasına yol açabilir.


Sterile Surgical Ruler
Steril Cerrahi Cetvel
Size/ölçü:6"
METRIC
METRİK
INCHES
İNÇ
AYSET

SB-285) MESANEDE KONDİLOMA AKÜMİNATA OLGUSU VE TAKİBİ

BURAK ÇETİN(1) KUBİLAY SARIKAYA(1) ADEM SANCI(1)

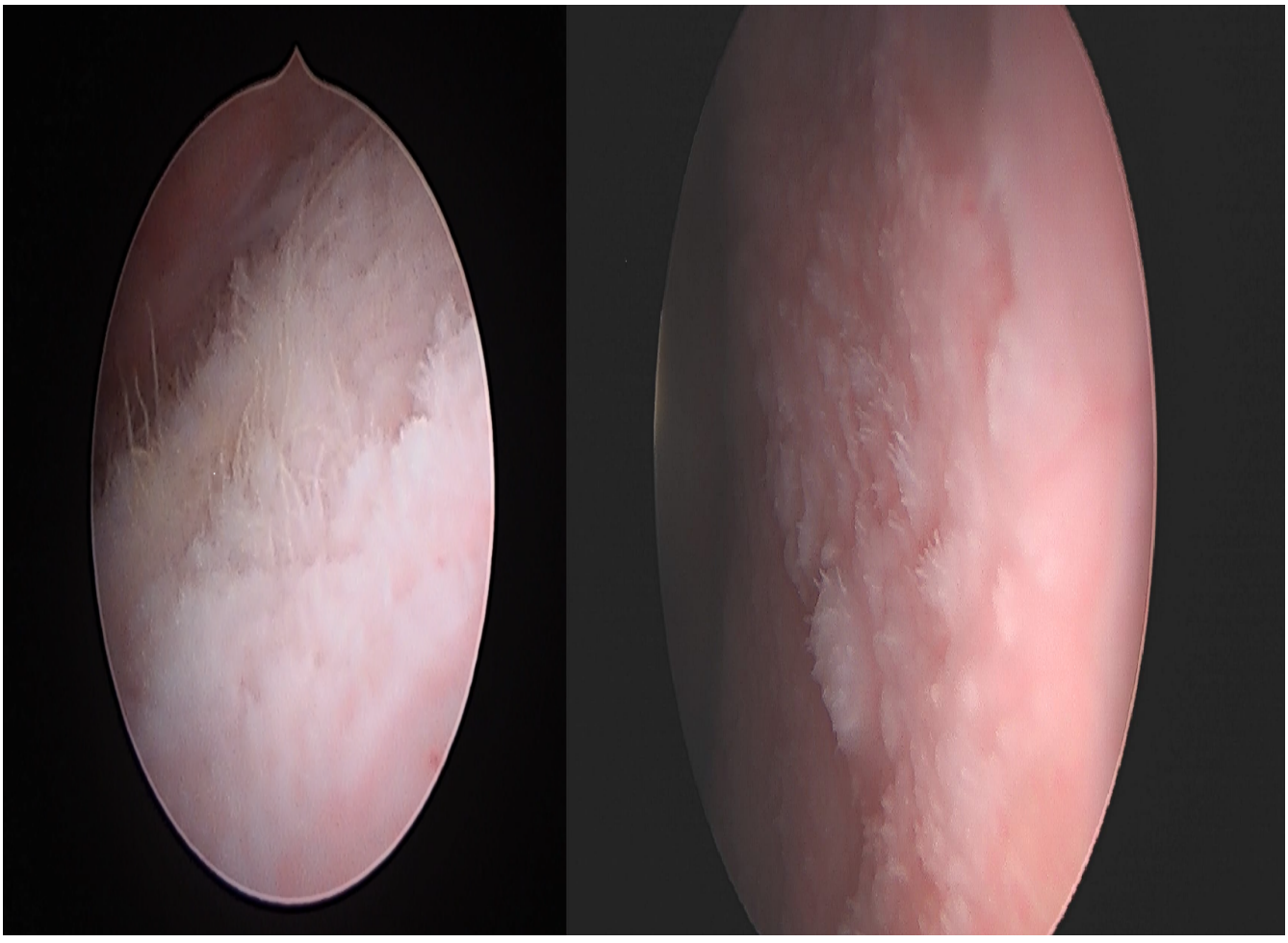
1. ETLİK ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ
Nadir görülen, agresif nüks eğilimi gösteren ve üst üriner sisteme ilerleme riski taşıyan intravezikal kondiloma aküminata lezyonlarında, transüretral cerrahi girişimlerin yanı sıra multimodal tedavi yaklaşımının bir parçası olarak beta-glukan ile sağlanan immünonutrisyonel desteğin nüks sıklığı ve tümör yükü üzerindeki uzun dönemli koruyucu etkisini sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Kondiloma aküminata (anogenital siğiller), insan papilloma virüsünün (HPV) neden olduğu proliferatif lezyonlardır. Üriner sistem tutulumu oldukça nadir olup, klinikte düşük dereceli ürotelyal karsinom veya verrüköz karsinom gibi malign neoplazilerle karışabilen kitle benzeri yapılar oluşturur. Standart tedavisi cerrahi rezeksiyon ve fulgurasyon olmakla birlikte, yetersiz viral klirens nedeniyle postoperatif nüks oranları son derece yüksektir.

BULGULAR
Olgu: 58 yaşında kadın hasta, bilateral kasık ağrısı ve ultrasonografide mesane kitlesi saptanması üzerine kliniğimize yönlendirildi. BT incelemesinde mesane sol lateral duvarında polipoid lezyonlar ve sol üreterovezikal bileşkede şüpheli duvar kalınlaşması (mesane tümörü?) rapor edildi. Hastaya Ekim 2023'te ilk Transüretral Mesane Tümörü Rezeksiyonu (TUR-M) uygulandı. Histopatolojik konsültasyonunda yaygın skuamöz diferansiyasyon izlenerek lezyon Kondiloma Aküminata spektrumunda değerlendirildi. Kasım 2023'teki Re-TUR-M materyali Kondiloma Aküminata ile uyumlu Düşük Dereceli Skuamöz İntraepitelyal Lezyon olarak raporlandı.
Hastanın takibinde lezyonların agresif nüks eğilimi ve üst üriner sisteme ilerlemesi nedeniyle Mart 2024, Ağustos 2024 ve Şubat 2025 tarihlerinde mükerrer endoürolojik girişimler (TUR-M + Sol Üreterorenoskopi) gerçekleştirildi. Sol üreter distal lümenine ve orta düzeye kadar uzanan, sol orifisi tıkayan beyaz silyalı lezyonlar rezeke ve fulgure edildi. İHK incelemede p16 fokal pozitif, Ki-67 proliferasyon indeksi bazal tabakanın 1/3'ünü aşar tarzda saptanarak tanı doğrulandı. Temmuz 2025'teki random biyopsilerde düşük dereceli displazi içeren kondilom odaklarının devam ettiği görüldü. Yaygın tutulum nedeniyle radikal sistektomi önerilen hasta cerrahiyi reddetti.
Hastaya hücresel immüniteyi stimüle ederek viral klirensi artırmak amacıyla konvansiyonel takibe ek olarak Beta-Glukan tablet (100 mg/gün) desteği başlandı. Bu tedavi altında 1 yıl boyunca takip edilen hastanın Mart 2026'daki kontrol sistoskopisinde, geçmiş dönemlerdeki yaygın ve tıkayıcı kitlelerin aksine, kondilom lezyonlarının belirgin derecede azaldığı ve sadece sol orifis etrafında milimetrik odak düzeyinde kaldığı müşahede edildi. Kontrol patolojisinde Ki-67'nin bazal tabakada sınırlı kaldığı teyit edildi.

SONUÇ
Mesanenin intravezikal kondiloma aküminatası, yüksek nüks oranları nedeniyle tedavisi güç bir patolojidir. Bu olguda, cerrahi rezeksiyonlara eklenen 1 yıllık beta-glukan tablet desteğinin, sistemik immün yanıtı regüle ederek lezyonların nüks sıklığı ve tümör yükünde dramatik bir azalma sağladığı gözlenmiştir. Dirençli ve radikal cerrahiyi kabul etmeyen intravezikal kondilom olgularında, immün sistemi destekleyici ajanların multimodal tedavi yaklaşımının bir parçası olarak klinik başarıya önemli katkı sunabileceği akılda tutulmalıdır.



SB-286) TESTİS KANSERİNDE RETROPERİTONEAL LENF NODU POZİTİFLİĞİNİN ÖNGÖRÜLMESİNDE TÜMÖR VOLÜMÜNÜN ROLÜ: TÜMÖR BOYUTU İLE KARŞILAŞTIRMALI KLİNİKOPATOLOJİK ANALİZ

KEMAL KAYAR(1) BEHLÜL BERK GENÇ(1) RIDVAN KAYAR(1) ÇAĞATAY TOSUN(1)

1. HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Testis kanserinde retroperitoneal lenf nodu pozitifliğini öngören klinikopatolojik faktörleri değerlendirmek ve primer tümör volümünün, geleneksel tümör boyutu ölçümüne kıyasla ek öngörüsel katkı sağlayıp sağlamadığını araştırmak.

GEREÇ-YÖNTEM

Orşiyektomi yapılan testis kanseri hastaları retrospektif olarak değerlendirildi. Retroperitoneal lenf nodu pozitifliği görüntüleme bulgularına göre sınıflandırıldı. Yaş, vücut kitle indeksi, tümör boyutu, tümör volümü, tümör volüm yüzdesi, serum tümör belirteçleri, taraf, S evresi ve orşiyektomi sonrası patolojik değişkenler analiz edildi. Tümör boyutu için 4 cm eşiği kullanıldı. Çok değişkenli lojistik regresyon iki ayrı model ile kuruldu: Model 1'de tümör boyutu, Model 2'de tümör volümü yer aldı. Model performansı ROC-AUC, sınıflandırma doğruluğu ve Hosmer-Lemeshow testi ile değerlendirildi.

BULGULAR

Toplam 142 hasta analiz edildi; 83 hastada retroperitoneal lenf nodu negatif, 59 hastada pozitifti. Lenf nodu pozitif grupta ß-hCG ve LDH düzeyleri anlamlı olarak daha yüksekti. S1–3 evresindeki hastalarda retroperitoneal lenf nodu pozitifliği S0 evresine göre belirgin olarak daha sıktı (%65.6'ya karşı %24.4, p<0.001). T evresi ve rete testis invazyonu lenf nodu pozitifliği ile ilişkili bulundu; LVI için istatistiksel anlamlılığa ulaşmayan bir eğilim izlendi. Buna karşın tümör boyutu, tümör volümü ve tümör volüm yüzdesi gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi. Çok değişkenli analizde retroperitoneal lenf nodu pozitifliğinin tek bağımsız belirleyicisi S evresi oldu. Model 1'de S evresi için OR 7.44 (%95 GA 3.16–17.50, p<0.001), Model 2'de OR 6.04 (%95 GA 2.72–13.41, p<0.001) olarak saptandı. Tümör boyutu ?4 cm anlamlılığa yakın bir eğilim gösterirken, tümör volümü bağımsız öngörücü değildi. Model 1 ve Model 2 benzer ayırt edici performans gösterdi; ROC-AUC değerleri sırasıyla 0.773 ve 0.780, genel doğruluk oranları ise %73.4 ve %71.3 idi. Her iki modelde Hosmer-Lemeshow testi iyi kalibrasyon ile uyumluydu.

SONUÇ

Testis kanserinde retroperitoneal lenf nodu pozitifliğini öngörmede serum belirteçlerine dayalı S evresi en güçlü ve bağımsız faktör olarak saptandı. Primer tümör volümü, tümör boyutuna kıyasla ek öngörüsel katkı sağlamadı. Bu bulgular, nodal yayılım riskinin değerlendirilmesinde volümetrik tümör yükünden çok serum belirteçleri ve seçilmiş patolojik risk faktörlerinin öne çıktığını düşündürmektedir.

Değişkenler	RLN -, n=83	RLN +, n=59	p	-	Yaş, yıl	37 (29-45)
35 (27-41)	0.100	-	VKİ, kg/m2	27.1 (24.2-28.7)	24.8 (21.1-29.1)	0.194
-	Tümör boyutu, cm	4.0 (2.7-5.8)	4.5 (3.2-7.0)	0.175	-	Tümör volümü, ml
18.7 (6.2-51.5)	27.3 (9.1-97.5)	0.199	-	Tümör volümü yüzdesi, %	46.9 (28.6-74.1)	46.7 (24.4-76.4)
0.753	-	B-HCG, mlU/mL	1.2 (0.49-1.2)	5.2 (1.2-38.0)	0.000	-
LDH, U/L	182 (162-223)	234 (172-365)	0.001	-	AFP, µg/L	3.4 (2.0-7.1)
6.2 (2.2-41.1)	0.076	-	S0	62 (75.6)	20 (24.4)	0.000
-	S1-2-3	21 (34.4)	0 (65.6)	0.000	-	Sağ
42 (52.5)	38 (47.5)	0.102	-	Sol	41(66.1)	21 (33.9)
0.102	-	T1	43 (70.5)	18 (29.5)	0.006	-
T2	40 (49.4)	41 (50.6)	0.006	-	< 4 cm	36 (61.0)
23 (39.0)	0.601	-	? 4 cm	47 (56.6)	36 (43.4)	0.601
-	LVI Var	33 (50.8)	32 (49.2)	0.088	-	LVI Yok
50 (64.9)	27 (35.1)	0.088	-	rete testis invazyonu Var	43 (49.4)	42 (50.6)
0.020	-	rete testis invazyonu yok	40 (70.2)	17 (29.8)	0.020	-

Retroperitoneal Lenf Nodu Pozitifliğine Göre Hastaların Klinik, Laboratuvar ve Patolojik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 2. Retroperitoneal Lenf Nodu Pozitifliğini Ongören Faktörlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi: Tümör Boyutu ve Tümör Volümü Modellerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Model 1			Model 2		
	Etki düzeyi	OR (GA)	p	Etki düzeyi	OR (GA)	p
Tümör boyutu (Ref. < 4 cm)	0.822	2.276 (0.922-5.616)	0.074	-	-	-
Tümör volümü (Her 10 birimlik artış için)	-	-	-	-0.010	0.990 (0.956-1.026)	0.579
T evresi (Ref. T1)	0.276	1.318 (0.354-4.916)	0.681	0.344	1.411 (0.383-5.197)	0.605
LVI	0.153	1.166 (0.334-4.070)	0.810	0.046	1.047 (0.304-3.601)	0.942
Rete testis invazyonu	0.745	2.106 (0.870-5.096)	0.099	0.530	1.699 (0.727-3.970)	0.221
Taraf (Ref. Sol)	0.639	1.894 (0.853-4.204)	0.116	0.675	1.964 (0.894-4.316)	0.093
S evresi	2.007	7.438 (3.162-17.497)	0.000	1.798	6.040 (2.721-13.410)	0.000
Constant	-2.681	0.068	0.000	-2.053	0.128	0.000

SB-287) KLİNİK EVRE I SEMİNOMDA RİSK-UYARLANMIŞ YÖNETİM: TEK MERKEZLİ BİR KOHORTTAN GERÇEK YAŞAM ONKOLOJİK SONUÇLARI

FATİH CESUR(1) BAYRAM ALİ ELMAS(1) HALİL İBRAHİM İVELİK(1) ŞEREF COŞER(1) MEHMET SEVIM(2) OKAN ALKİS(1) İBRAHIM GUVEN KARTAL(3) BEKİR ARAS(1)

1. KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. KONYA ŞEHİR HASTANESİ
3. BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ ÇİĞLİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Klinik evre I seminomda güncel risk-uyarlanmış yönetim yaklaşımına ilişkin gerçek yaşam verileri sınırlıdır. Bu çalışmada, gerçek yaşam verileri kullanılarak uygulanan risk-uyarlanmış orşiektomi sonrası yönetim stratejisinin onkolojik sonuçlarının değerlendirilmesi ve aktif izlem ile adjuvan karboplatin uygulanan hastaların klinikopatolojik özellikleri ile tedavi sonuçlarının karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif tek merkezli kohort çalışmasına, Ocak 2020 ile Aralık 2025 tarihleri arasında histopatolojik olarak klinik evre I saf seminom tanısı alan ve radikal inguinal orşiektomi uygulanan ardışık 44 hasta dahil edildi. Orşiektomi sonrası yönetim, multidisipliner konsey tarafından uygulanan risk-uyarlanmış yaklaşım doğrultusunda aktif izlem (n=32) veya tek kür adjuvan karboplatin (n=12) olarak belirlendi. Klinikopatolojik özellikler, nüks paternleri, nükssüz sağkalım, kansere özgü sağkalım ve genel sağkalım değerlendirildi. Tedavi grupları arasındaki nükssüz sağkalım Kaplan–Meier yöntemi ve log-rank testi ile karşılaştırıldı.

BULGULAR

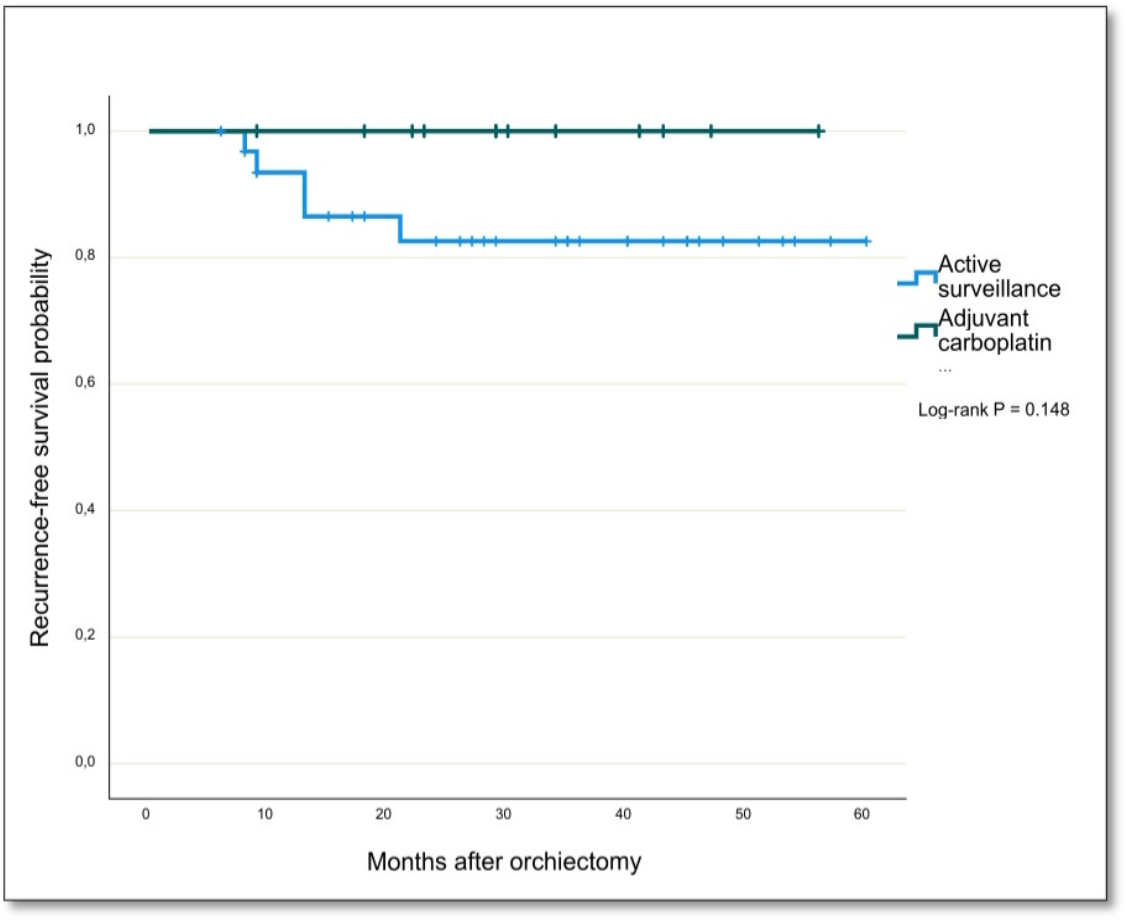
Adjuvan karboplatin grubundaki hastalar, aktif izlem grubuna kıyasla daha büyük tümör çapı, daha yüksek pT2 evresi, daha yüksek rete testis invazyonu oranı ve daha fazla klasik nüks risk faktörüne sahipti. Medyan 35 aylık takip süresince beş hastada (%11,4) nüks gelişti ve tüm nüksler aktif izlem grubunda görüldü; bu grupta nüks oranı %15,6 olarak hesaplandı. Adjuvan karboplatin uygulanan hastalarda nüks izlenmedi (Tablo 1-2). Nükssüz sağkalım karboplatin grubunda sayısal olarak daha yüksek olmakla birlikte gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (log-rank P=0,148) (Şekil 1). Tüm nüksler retroperitoneal bölgede gelişti ve başarılı kurtarma tedavileri ile yönetildi; sonuçta kansere özgü sağkalım ve genel sağkalım oranları %100 olarak bulundu (Tablo 3).

SONUÇ

Güncel risk-uyarlanmış yönetim stratejisi, klinik evre I seminomlu hastalarda mükemmel onkolojik sonuçlar sağlamıştır. Aktif izlem, hastaların büyük çoğunluğunda gereksiz tedaviden kaçınılmasına olanak sağlarken, adjuvan karboplatinin seçilmiş yüksek riskli hastalarda kullanımı kalıcı hastalık kontrolü sağlamıştır. Bu bulgular, orşiektomi sonrası bireyselleştirilmiş risk-uyarlanmış yönetim yaklaşımını desteklemektedir.

Değişken	Tüm Kohort (n=44)
Yaş, yıl	35,43 ± 10,12
Tümör tarafı, n (%)	-
Sağ	24 (%54,5)
Sol	20 (%45,5)
Maksimum tümör çapı, mm	43,5 ± 21,1
Tümör çapı >4 cm, n (%)	24 (%54,5)
Ameliyat öncesi ß-hCG yüksekliği, n (%)	9 (%20,5)
Ameliyat öncesi LDH yüksekliği, n (%)	8 (%18,2)
Patolojik T evresi, n (%)	-
pT1	33 (%75,0)
pT2	11 (%25,0)
Rete testis invazyonu, n (%)	15 (%34,1)
> klasik nüks risk faktörü*, n (%)	30 (%68,2)
Takip süresi, ay	35 (24–46)

Tablo 1. Klinik evre I seminomlu hastaların başlangıç demografik ve klinikopatolojik özellikleri (n = 44).



Şekil 1. Orşiektomi sonrası yönetim stratejilerine göre nükssüz sağkalım Kaplan–Meier eğrileri

SB-288) SERUM PSA DEĞERİ <4 NG/ML OLAN HASTALARDA SİSTEMATİK BİYOPSİ İLE MR FÜZYON BİYOPSİ SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

CHİNGİZ AHMADLI(1) URAL OĞUZ(2) ERHAN DEMİRELLİ(2) DOĞAN SABRİ TOK(2) SERDAR ASLAN(3) BİRGÜL TOK(4) ERCAN ÖĞREDEN(2)

1. Kars Kağızman Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kars, Türkiye
2. Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Giresun, Türkiye
3. Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Giresun, Türkiye
4. Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Giresun, Türkiye

AMAÇ

Serum prostat spesifik antijen (PSA) düzeyi <4 ng/mL olmasına rağmen anormal dijital rektal muayene (DRM) bulgusu veya multiparametrik manyetik rezonans görüntülemede (mpMRG) PI-RADS ?3 lezyonu bulunan hastalarda prostat kanseri görülebilmektedir. Bu çalışmada, PSA <4 ng/mL olan hastalarda sistematik prostat biyopsisi ile MR füzyon biyopsisinin tanısal sonuçlarının karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2023-Ocak 2025 tarihleri arasında prospektif, randomize ve tek merkezli olarak yürütülen çalışmaya serum PSA düzeyi <4 ng/mL olan 40 hasta dahil edildi. Hastaların 20'sine MR füzyon biyopsisi (Grup I), 20'sine ise transrektal ultrasonografi eşliğinde sistematik prostat biyopsisi (Grup II) uygulandı. Gruplar yaş, PSA düzeyi, PSA dansitesi, prostat hacmi, dijital rektal muayene bulguları, PI-RADS skorları ve histopatolojik sonuçlar açısından karşılaştırıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Toplam 40 hasta çalışmaya dahil edildi. MR füzyon biyopsi grubunda 20, sistematik biyopsi grubunda 20 hasta yer aldı. Hastaların ortalama yaşı 66,6±8,9 yıl olup gruplar arasında yaş, total PSA düzeyi, PSA dansitesi ve prostat hacmi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla $p>0,05$, $p=0,234$, $p=0,783$ ve $p=0,245$). Dijital rektal muayene bulguları gruplar arasında farklılık göstermekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildi. PI-RADS dağılımı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulundu ($p=0,035$). MR füzyon biyopsi grubunda PI-RADS 4–5 lezyon oranı %90 iken sistematik biyopsi grubunda %65 olarak saptandı. Malignite saptanma oranı MR füzyon biyopsi grubunda %10, sistematik biyopsi grubunda %15 idi ($p=1,000$). Buna karşın klinik olarak anlamlı prostat kanseri yalnızca MR füzyon biyopsisi uygulanan grupta saptandı.

SONUÇ

PSA düzeyi <4 ng/mL olan ve prostat kanseri şüphesi bulunan hastalarda MR füzyon biyopsisi, klinik olarak anlamlı prostat kanserinin saptanmasında sistematik biyopsiye göre daha başarılı görünmektedir. Düşük PSA düzeyine rağmen klinik şüphesi devam eden hastalarda biyopsi planlamasında mpMRG ve hedefe yönelik biyopsi yaklaşımının dikkate alınması uygun olabilir.

Tablo 1 Grupların Görüntüleme ve Patoloji sonuçlarının karşılaştırılması

	Grup I (n=20, %)	**Grup II (n=20, %)**	**p**
mpMR			
PIRADS I-II	0	1 (%5)	**= 0,035***
PIRADS III	2 (%10)	6 (%30)	
PIRADS IV	10 (%50)	12 (%60)	
PIRADS V	8 (%40)	1 (%5)	
mpMR			
PIRADS I-II-III-IV	12 (%60)	19 (%95)	**<0,010****
PIRADS V	8 (%40)	1 (%5)	
Patoloji			
Malign	2 (%10)	3 (%15)	1,000**
Benign	18 (%90)	17 (%85)	
Patoloji			
Benign	12 (%60)	13 (%65)	
ASAP	3 (%15)	2 (%10)	
ASAP+HGPIN	0	1 (%5)	0,655
G. Prostatit	3 (15)	1 (%5)	
Malign	2 (%10)	3 (%15)	

*Pearson Chi-Square testi ile elde edilmiştir,**Fisher's Exact test ile elde edilmiştir

mpMR: Multiparametrik Prostat Manyetik Rezonans Görüntüleme, **PIRADS:** Prostat Görüntüleme Raporlama ve Veri Sistemi, **ASAP**: Atipik Asiner Proliferasyon, **HGPIN:** Yüksek Dereceli Prostatik İntraepitelyal Neoplazi

SB-289) RADİKAL ORŞİEKTOMİ SONRASI ERKEN HEMOGLOBİN,ALBUMİN, LENFOSİT, PLATELET SKORU DEĞİŞİMİNİN TESTİS GERM HÜCRELİ TÜMÖRLERİNDE PROGNOSTİK DEĞERİ

BURAK YILMAZ(1) ERCAN YUVANÇ(2)

1. LAPSEKİ DEVLET HASTANESİ
2. KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

AMAÇ

Hemoglobin, albümin, lenfosit ve trombosit (HALP) skoru sistemik inflamasyon ve immün-nütrisyonel durumu yansıtan yeni bir biyobelirteçtir. Testis germ hücreli tümörlerinde preoperatif HALP skorunun prognostik değeri gösterilmiş olmakla birlikte, radikal orşiektomi sonrası HALP skorundaki değişimin (DeltaHALP) klinik sonuçlarla ilişkisi henüz net değildir. Bu çalışmada erken postoperatif DeltaHALP'nin metastatik hastalık ve progresyonu öngörmedeki prognostik değerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

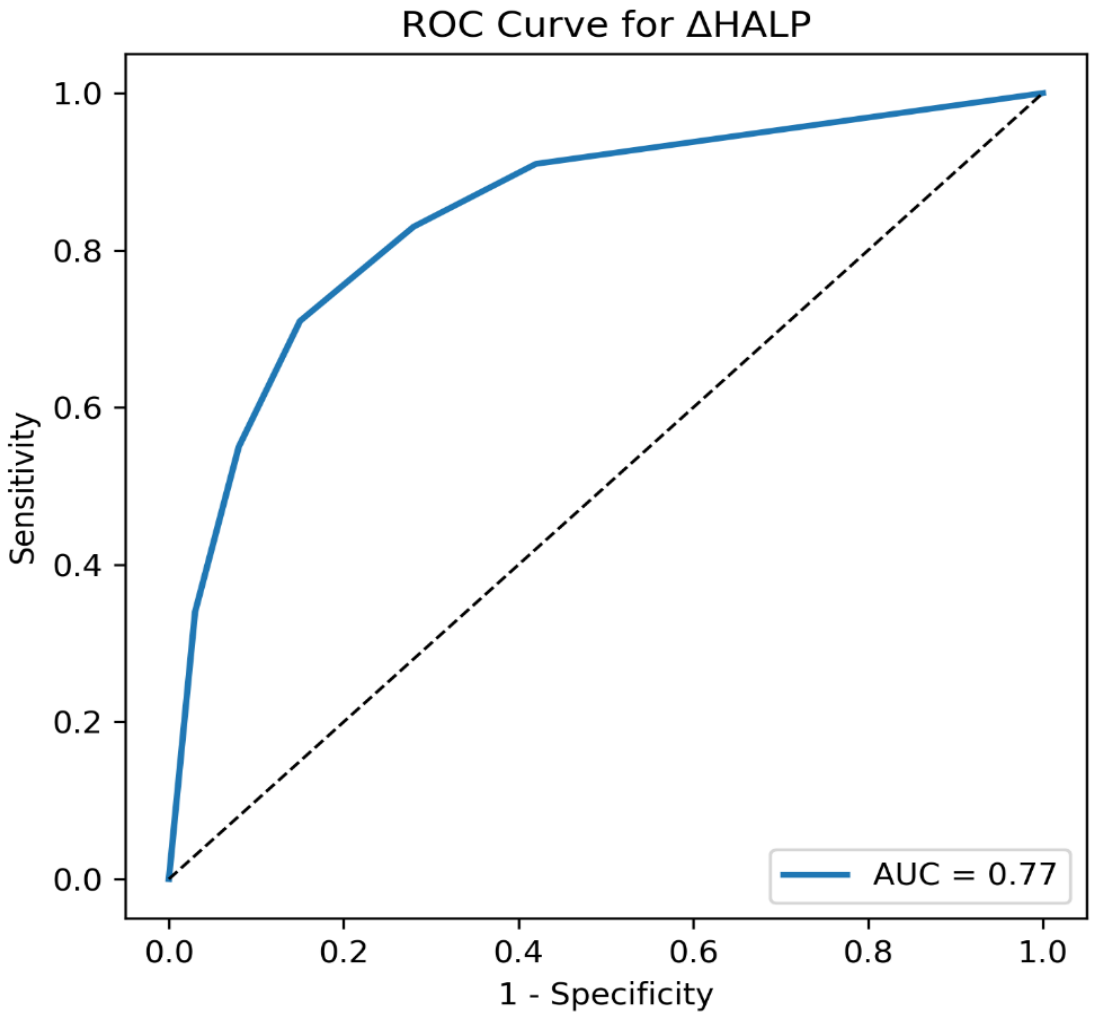
Bu retrospektif tek merkezli çalışmada, 2016–2025 yılları arasında 3. basamak bir hastanenin Üroloji Kliniği tarafından radikal orşiektomi operasyonu yapılan ve germ hücreli testis kanseri tanısı alan 145 hasta verileri incelendi. HALP skoru ameliyat öncesinde ve postoperatif 7–14. gün arasında yapılmış tetkikler üzerinden hesaplandı. DeltaHALP, postoperatif HALP ile preoperatif HALP arasındaki fark olarak tanımlandı. Hastalar metastatik ve lokalize hastalık gruplarına ayrıldı. ROC analizi ile DeltaHALP'nin prognostik performansı değerlendirildi. Sağkalım analizleri Kaplan–Meier yöntemi ile, bağımsız prognostik faktörler ise Cox regresyon analizi ile araştırıldı.

BULGULAR

Toplam 145 hastanın 110'unda lokalize, 35'inde metastatik hastalık mevcuttu. Metastatik grupta preoperatif HALP (181±60 vs. 245±72; p<0,001), postoperatif HALP (208±71 vs. 332±81; p<0,001) ve DeltaHALP (+27±38 vs. +87±41; p<0,001) anlamlı olarak daha düşüktü. ROC analizinde DeltaHALP'nin metastatik hastalığı öngörmedeki AUC değeri 0,77 (%95 GA: 0,69–0,85) olarak bulundu ve en uygun eşik değer 45 olarak belirlendi. Medyan takip süresi 46 ay (IQR: 24–75 ay) idi. Progresyon gelişmeyen hastalar son klinik değerlendirme tarihinde sansürlendi. Kaplan–Meier analizinde tahmini 3 yıllık progresyonsuz sağkalım oranı DeltaHALP<45 olan hastalarda %71 iken, DeltaHALP>45 olanlarda %94 idi (log-rank p<0,001). Çok değişkenli Cox analizinde DeltaHALP<45 (HR:2,91; %95 GA:1,31–6,44; p=0,009), AFP>1000 ng/mL ve lenfovasküler invazyon bağımsız prognostik faktörler olarak saptandı.

SONUÇ

Radikal orşiektomi sonrası HALP skorundaki değişim, testis germ hücreli tümörlerde kolay hesaplanabilen, düşük maliyetli ve klinik pratiğe kolayca uygulanabilecek yeni bir prognostik biyobelirteç adayıdır. HALP skorundaki yetersiz artış, metastatik hastalık ve daha kısa progresyonsuz sağkalımla ilişkili olabilir. Özellikle ameliyat sonrası HALP artışının yetersiz kaldığı hastalar, yakın takip veya adjuvan tedavi açısından dikkatle değerlendirilmelidir.


ROC Curve for ΔHALP
Sensitivity
1 - Specificity
0.0
0.2
0.4
0.6
0.8
1.0
AUC = 0.77

SB-290) KLİNİK NOD-NEGATİF MESANE KANSERİNDE OKÜLT NODAL HASTALIK: ROBOT YARDIMLI RADİKAL SİSTEKTOMİYE AİT ÇOK MERKEZLİ GERÇEK YAŞAM VERİLERİ

FEYYAZ IRMAK(1) AHMET GÜRBÜZ(2) ÇETİN DEMİRDAĞ(3) ŞEVVAL MEŞE(2) YAKUP KORDAN(2) BÜLENT ÖNAL(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA - CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ABD
2. KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ABD
3. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA - CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Robot yardımlı radikal sistektomi (RaRC) uygulanan, klinik olarak nod-negatif (cN0) hastalarda okült patolojik lenf nodu pozitifliğinin (pN+) sıklığını ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2018–Aralık 2025 tarihleri arasında mesane tümörü nedeniyle RaRC uygulanan, cN0 olan 67 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, çıkarılan lenf nodu sayısı, neoadjuvan tedavi öyküleri, TUR patolojisinde CIS varlığı ve klinik evre verileri not edildi. Kategorik değişkenlerde Fisher exact, sürekli değişkenlerde Mann-Whitney U testi kullanıldı.

BULGULAR

Toplam 67 hastanın 15'inde (%22,4) okült pN+ hastalık saptandı. cT?3 hastalarda pN+ oranı cT?2 hastalara göre daha yüksekti (%47,1'e karşı %14,0; OR 5,29; %95 GA 1,31-22,54; p=0,015). Neoadjuvan tedavi öyküsü ve eşlik eden CIS gruplar arasında farklı değildi. Genişletilmiş/süper genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu oranı (%80,0'a karşı %84,6; p=0,699), çıkarılan lenf nodu sayısı [20 (12-25,5)'e karşı 21 (15-26,5); p=0,447] ve ?16 lenf nodu çıkarılma oranı (%60,0'a karşı %73,1; p=0,352) benzerdi.

SONUÇ

Robotik radikal sistektomi uygulanan cN0 hastaların yaklaşık beşte birinde okült nodal metastaz izlendi. İleri klinik T evresinin (cT?3) okült pN+ hastalıkla ilişkili olduğu görüldü. Bulgular klinik nodal evrelemenin sınırlılıklarına ve yeterli pelvik lenf nodu diseksiyonunun önemine işaret etmektedir.

-	pN0 (n=52)	Okült pN+ (n=15)	p değeri
Lenf Nodu Diseksiyonu	-	-	-
Genişletilmiş / Süper Genişletilmiş PLND, n/N (%)	44/52 (%84,6)	12/15 (%80,0)	0,699
Çıkarılan lenf nodu sayısı, medyan (ÇAA)	21 (15-26,5)	20 (12-25,5)	0,447
?16 lenf nodu eksizyonu, n/N (%)	38/52 (%73,1)	9/15 (%60,0)	0,352
Okült pN+ grubunda patolojik nodal dağılım	-	-	-
pN1, n/N (%)	-	5/15 (%33,3)	-
pN2, n/N (%)	-	7/15 (%46,7)	-
pN3, n/N (%)	-	3/15 (%20,0)	-
Pozitif lenf nodu sayısı, medyan (ÇAA)	-	2(1-5)	-

Patolojik nod durumuna göre lenf nodu evreleme özellikleri ve okült pN+ hastalarda nodal dağılım

Tablo 2. Klinik nod-negatif hastaların patolojik lenf nodu durumuna göre preoperatif özellikleri

	pN0 (n=52)	pN+ (n=15)	p değeri
Yaş, yıl	67 (62 - 70)	67 (63 - 73)	0,695
Erkek cinsiyet	44/52 (%84,6)	13/15 (%86,7)	0,844
VKİ, kg/m²	26,2 (24,0 – 28,1)	25,1 (24,1 – 27,0)	0,514
Preop Hgb, g/dL	13,1 (11,5 – 13,9)	13,0 (11,1-13,9)	0,931
Preop kreatinin, mg/dL	0,9 (0,8 – 1,2)	1,0 (0,8 – 1,2)	0,483
Neoadjuvan tedavi	11/52 (%21,2)	2/15 (%13,3)	0,716
CIS	16/52 (%30,8)	5/15 (%33,3)	0,753
Klinik T Evresi			
cT1	9	0 (%0)	
cT2	34	7 (%17,1)	**0,015**
cT3	7	7 (%50,0)	
cT4	2	1 (%33,3)	

Not: Veriler medyan (çeyrekler arası aralık) veya sayı (%) olarak sunulmuştur. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann–Whitney U testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare veya Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. VKİ: Vücut Kitle İndeksi; CIS: Karsinoma in Situ.

SB-292) PRİMER MESANE KANSERLİ HASTALARDA PREOPERATİF İNFLAMATUVAR İNDEKSLERİN PROGNOSTİK ROLÜ

ENGIN DEREKOYLU(1) ZIHNI CAN DAGDEVIREN(1) UGUR AYDIN(1) HARUN BAL(2) BARAN DENIZ KARAKIS(1) HASAN DELİKTAS(1)

1. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. BARTIN DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Ürotelyal karsinomda sistemik inflamasyonun tümör progresyonu ve prognoz üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Rutin hemogram parametrelerinden elde edilen nötrofil/lenfosit oranı (NLR), trombosit/lenfosit oranı (PLR), monosit/lenfosit oranı (MLR), türetilmiş NLR (dNLR) ve prognostik nütrisyonel indeks (PNI), prognostik biyobelirteçler olarak öne çıkmaktadır. Bu çalışmada, primer mesane kanseri tanısıyla transüretral mesane tümörü rezeksiyonu (TUR-M) uygulanan hastalarda preoperatif inflamatuvar indekslerin tümör progresyonunu öngörmedeki prognostik değerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif çalışmaya 2020–2024 yılları arasında primer TUR-M uygulanan 199 hasta dahil edildi. Demografik, patolojik ve hematolojik veriler kaydedildi. Medyan takip süresi 21 ay (6–44 ay) idi. ROC analizi ile NLR için 2,82 ve PNI için 48,2 eşik değerleri belirlendi. İstatistiksel analizlerde ki-kare, Mann–Whitney U ve lojistik regresyon testleri kullanıldı. pTa/pT1 hastalarda progresyon, kas invaziv hastalığa evre yükselmesi veya yüksek dereceli nüks; pT2 hastalarda ise definitif tedavi sonrası veya tedavi almayan olgularda radyolojik progresyon ya da metastaz gelişimi olarak tanımlandı.

BULGULAR

Toplam 199 hastanın 40'ında (%20,1) tümör progresyonu saptandı. Progresyon; ileri tümör evresi (p=0,017), yüksek NLR (>2,82; p=0,001) ve düşük PNI (<48,2; p<0,001) ile anlamlı ilişkili bulundu. Tümör derecesi (p=0,070), karsinoma in situ varlığı (p=0,098), yaş (p=0,142) ve cinsiyet (p=0,492) ile progresyon arasında anlamlı ilişki izlenmedi. PLR, MLR ve dNLR açısından da anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde yalnızca PNI progresyon için bağımsız prognostik faktör olarak belirlendi (OR: 0,41; %95 GA: 0,17–0,98; p=0,047).

SONUÇ

Preoperatif NLR ve özellikle PNI, mesane kanserinde tümör progresyonunu öngörmede anlamlı belirteçlerdir. Beslenme ve immün durumu birlikte yansıtan PNI, bağımsız prognostik faktör olarak öne çıkmıştır. Buna karşın PLR, MLR ve dNLR'nin prognostik katkısı gösterilememiştir. Bu parametrelerin rutin klinik değerlendirmeye dahil edilmesi, kas invaziv olmayan ve kas invaziv mesane kanserli hastalarda risk sınıflandırması ve takip stratejilerinin planlanmasına katkı sağlayabilecek, kolay uygulanabilir ve düşük maliyetli bir yaklaşım sunabilir.

Variable	Progression (n=40)	No progression (n=159)	p (Uni)	OR (95% CI, Multi)	p (Multi)
Gender (M/F)	37/3	144/15	0.492	0.78 (0.21–2.83)	0.70
Age (years, median)	71.5 (37–96)	71 (50–91)	0.142	0.98 (0.95–1.01)	0.15
Tumor Stage (Ta/T1/T2)	7/15/18	61/57/41	0.017	0.67 (0.33–1.39)	0.28
Tumor Grade (Low/High)	7/33	64/95	0.070	0.66 (0.17–2.46)	0.53
CIS (Yes/No)	6/34	10/149	0.098	-	-
NLR (≥2.82/<2.82)	27/13	62/97	0.001	1.77 (0.74–4.21)	0.19
PNI (≤48.2/>48.2	28/12	62/97	<0.001	0.41 (0.17–0.98)	0.047
PLR (≥150/<150)	21/19	68/91	0.214	-	-
MLR (≥0.30/<0.30)	22/18	70/89	0.256	-	-
dNLR (≥1.8/<1.8)	25/15	72/87	0.298	-	-

SB-293) RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI BİYOKİMYASAL REKÜRRENSİN ÖNGÖRÜLMESİNDE PREOPERATİF 68GA-PSMA PET/BT'DE İNTRAPROSTATİK SUVMAX'İN ROLÜ

HÜSEYİN MERT DURAK(1) ADEM SANCI(1) EMRE HEPŞEN(1) METİN YIĞMAN(1) ALEV ÇINAR(1) AZMI LEVENT SAĞNAK(2) AHMET NİHAT KARAKOYUNLU(3)

1. ankara etlik şehir hastanesi
2. siirt üniversitesi tıp fakültesi
3. acıbadem bayındır söğütözü hastanesi

AMAÇ

Prostat kanserinde radikal prostatektomi sonrası gelişen biyokimyasal rekürrens klinik olarak ve onkolojik sağkalım açısından önemlidir. Klasik klinik ve patolojik modeller yararlı olmakla birlikte, ek prognostik biyobelirteçlere ihtiyaç sürmektedir. Primer evrelemede kullanılan 68Ga-PSMA PET/BT'de intraprostatik SUVmax değerinin bu açıdan tamamlayıcı bilgi sağlayabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda, radikal prostatektomi öncesi 68Ga-PSMA PET/BT'de ölçülen intraprostatik SUVmax değerinin, postoperatif biyokimyasal rekürrens ve rekürrenssiz sağkalım ile ilişkisini değerlendirmek amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif tek merkezli çalışmada, 2023–2024 yılları arasında radikal prostatektomi uygulanan orta-yüksek riskli lokalize prostat kanseri hastaları değerlendirildi. Toplam 124 hasta tarandı; pozitif cerrahi sınır saptanan 28 hasta ve takip verisi yetersiz olan 18 hasta dışlandı. Preoperatif 68Ga-PSMA PET/BT bulunan 78 hasta analize alındı. Tüm PET/BT görüntüleri deneyimli bir nükleer tıp uzmanı tarafından yeniden değerlendirildi ve intraprostatik SUVmax ölçüldü. Biyokimyasal rekürrens, ardışık iki ölçümde PSA ?0,2 ng/mL olarak tanımlandı. Hastalar biyokimyasal rekürrens gelişimine göre gruplandırıldı; klinik, patolojik ve görüntüleme verileri karşılaştırıldı. Ayrıca rekürrenssiz sağkalım için ROC, Kaplan–Meier ve Cox regresyon analizleri yapıldı.

BULGULAR

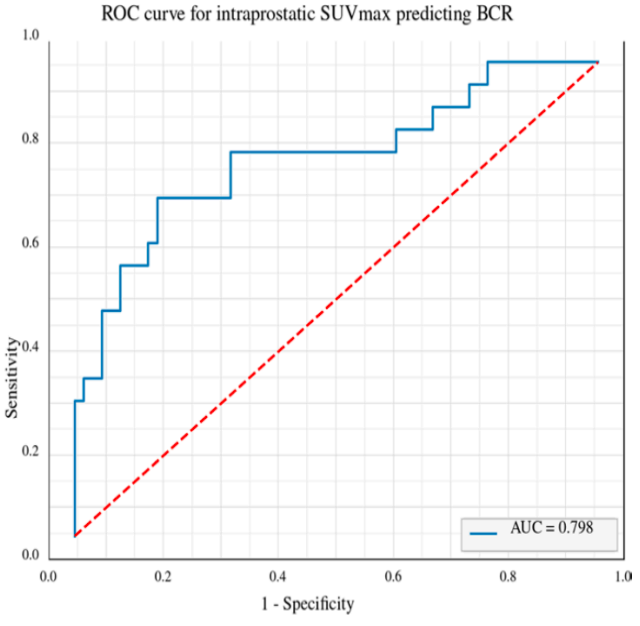
Çalışmaya dahil edilen 78 hastanın 21'inde (%26,9) takipte biyokimyasal rekürrens gelişti. Medyan takip süresi 18 ay, biyokimyasal rekürrense kadar geçen medyan süre 12 ay olarak bulundu. Biyokimyasal rekürrens gelişen hastalarda intraprostatik SUVmax değeri, rekürrens gelişmeyen gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti (18,95 ± 9,78 vs 8,98 ± 6,22; p<0,001). SUVmax'in biyokimyasal rekürrensi öngörmedeki ayırt edici gücü iyi düzeydeydi (AUC: 0,798); en uygun kesim değeri 12,8 olup, bu değer için duyarlılık %71,4, özgüllük %84,2 olarak saptandı. Kaplan–Meier analizinde, SUVmax ?12,8 olan hastalarda biyokimyasal rekürrenssiz sağkalım anlamlı olarak daha kötüydü (log-rank p<0,001). Cox regresyon analizinde, SUVmax'teki her 1 birim artışın biyokimyasal rekürrens riskini artırdığı görüldü (HR: 1,11; %95 GA: 1,06–1,16; p<0,001) ve bu ilişki sınırlı çok değişkenli modellerde de korundu.

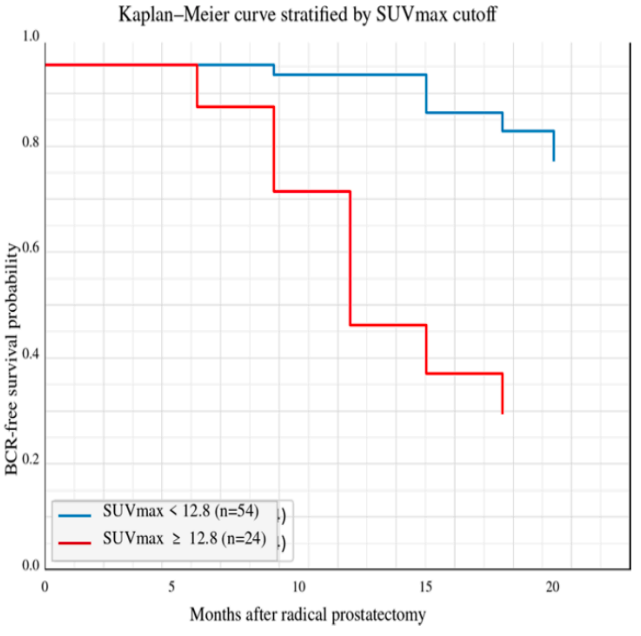
SONUÇ

Preoperatif 68Ga-PSMA PET/BT'de yüksek intraprostatik SUVmax değeri, radikal prostatektomi sonrası biyokimyasal rekürrens ve daha kısa rekürrenssiz sağkalım ile ilişkili bulundu. Bu bulgular, SUVmax'in tek başına kesin bir belirleyici olmaktan çok, postoperatif izlem ve risk sınıflamasında kullanılabilecek tamamlayıcı bir görüntüleme biyobelirteci olabileceğini düşündürmektedir. Ancak kısa takip süresi, sınırlı olay sayısı ve retrospektif tek merkezli tasarım nedeniyle sonuçlar keşifsel nitelikte olup daha geniş prospektif çok merkezli çalışmalarla doğrulanmalıdır.

Toplam hasta / BCR, n (%)	78 / 21 (%26,9)	SUVmax, BCR (-)	8,98 ± 6,22
SUVmax, BCR (+)	18,95 ± 9,78	p değeri	<0,001
ROC AUC	0,798	En uygun cut-off	12,8
Duyarlılık / Özgüllük	%71,4 / %84,2	HR (SUVmax, her 1 birim artış)	1,11 (%95 GA: 1,06–1,16)
Cox p değeri	<0,001	Kaplan–Meier (log-rank)	p<0,001

Preoperatif 68Ga-PSMA PET/BT'de intraprostatik SUVmax'in biyokimyasal rekürrens ile ilişkili temel bulguları





SB-294) PIRADS-3 LEZYONLARDA LEZYON BOYUTU İLE ISUP GRADE İLİŞKİSİ

FEYZİ SİNAN ERDAL(1) SEDAT ÇAKMAK(1)

1. HASEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Prostat kanseri araştırmasında yapılan manyetik rezonans (MR) görüntülemelerinde saptanan Prostat Görüntüleme, Raporlama ve Veri Sistemi (PIRADS) v2.1'e göre evre 3 lezyonların boyutu ile prostat kanseri saptanan olgulardaki Uluslararası Üropatoloji Birliği (ISUP) tarafından belirlenen derecelendirme sistemi arasındaki ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde 2018-2021 yılı arasında prostat kanseri araştırması için, prostat füzyon biyopsisi yapılmış olan 505 hasta çalışmaya katıldı ve veriler retrospektif olarak incelendi. Hastaların genel demografik verileri, tıbbi öyküleri, varsa önceki biyopsileri, prostata özgü antijen (PSA) düzeyleri, prostat hacimleri kayıt edildi. MR'da saptanan lezyonların boyutları en uzun akslarında ölçüldü ve kayıt edildi. Multipl lezyonlar çalışmaya dahil edilmedi. Biyopsi işlemlerinin tümü, BK Medikal-BioJet yazılımı kullanılarak, litotomi pozisyonunda, lokal anestezi yapılarak uygulandı. Biyopsi sonucunda saptanan gleason ve ISUP dereceleri not edildi ve hesaplamalar bu değerlere göre yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen hastalardan 143 tanesinde PIRADS-3 lezyon saptandı (%28.3). Bu hastaların 17 tanesinde prostat kanseri saptandı (%11.8). Kanser saptanan hastaların 14 tanesi ISUP grade 1, 2 tanesi ISUP grade 2 ve 1 tanesi ISUP grade 4 olarak saptandı (sırasıyla %82.3, %11.7, %6). Lezyon boyutları PIRADS-3 lezyonlar için genel olarak 9.4 mm olarak ölçüldü. ISUP grade 1 prostat kanseri saptanan hastalarda lezyon boyutu 9.5 mm (2.5mm-16mm), ISUP grade 2 kanser saptananlarda 7.5 mm ve ISUP grade 4 kanser saptanan hastada 9 mm olarak ölçüldü. Biyopsi sonucunda prostat kanseri saptanan hastalarda, PIRADS-3 lezyonlarda lezyon boyutu ve lezyonun ISUP derecesi arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

SONUÇ

Füzyon biyopsi, prostat kanseri taramasında başarılı ve güvenilir bir yöntemdir. Bununla birlikte biyopsi sonuçlarını öngörmek, gereksiz biyopsilerin yapılmasını engelleyecektir. Bu amaçla daha fazla hastanın katıldığı geniş populasyonlarda çalışmalar yapmak gerekmektedir. Çalışmamızda PIRADS-3 lezyonların boyutu ve saptanan prostat kanserinin derecesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

SB-295) YÜKSEK DERECELİ İNVAZİV PAPİLLER ÜROTELYAL KARSİNOM ZEMİNİNDE GELİŞEN RETROPERİTONEAL ANAPLASTİK MALİGN TÜMÖR: NADİR BİR OLGU SUNUMU

ESAT KORĞALI(1) FURKAN FATİH ARISOY(1) İBRAHİM KARACA(1) HÜSEYİN SOSA(1)

1. CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

AMAÇ

Ürotelyal karsinomlar mesanenin en sık görülen malign tümörleri olup belirgin histopatolojik heterojenite gösterebilir. Hastalığın seyri sırasında farklı histolojik varyantlar ve divergent diferansiyasyon paternleri gelişebilmektedir. Bunlar arasında sarcomatoid/anaplastik transformasyon en agresif varyantlardan biri olup hızlı progresyon, yüksek metastaz potansiyeli ve kötü prognoz ile ilişkilidir. Histolojik olarak primer yumuşak doku sarkomlarını taklit edebilmesi nedeniyle tanısal güçlük oluşturur. Retroperitoneal bölgede anaplastik kitle şeklinde ortaya çıkması ise oldukça nadirdir. Bu bildiride yüksek dereceli invaziv papiller ürotelyal karsinom öyküsü bulunan bir hastada gelişen retroperitoneal anaplastik malign tümör olgusu sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Altmış sekiz yaşında erkek hasta yüksek dereceli invaziv papiller ürotelyal karsinom nedeniyle takip edilmekteydi. İlk tanı sırasında kas invazyonu ve perivezikal yağ dokusu tutulumu mevcut olup parsiyel sistektomi uygulanmış, sonrasında intravezikal tedavi ve düzenli sistoskopik kontroller ile izlenmiştir.

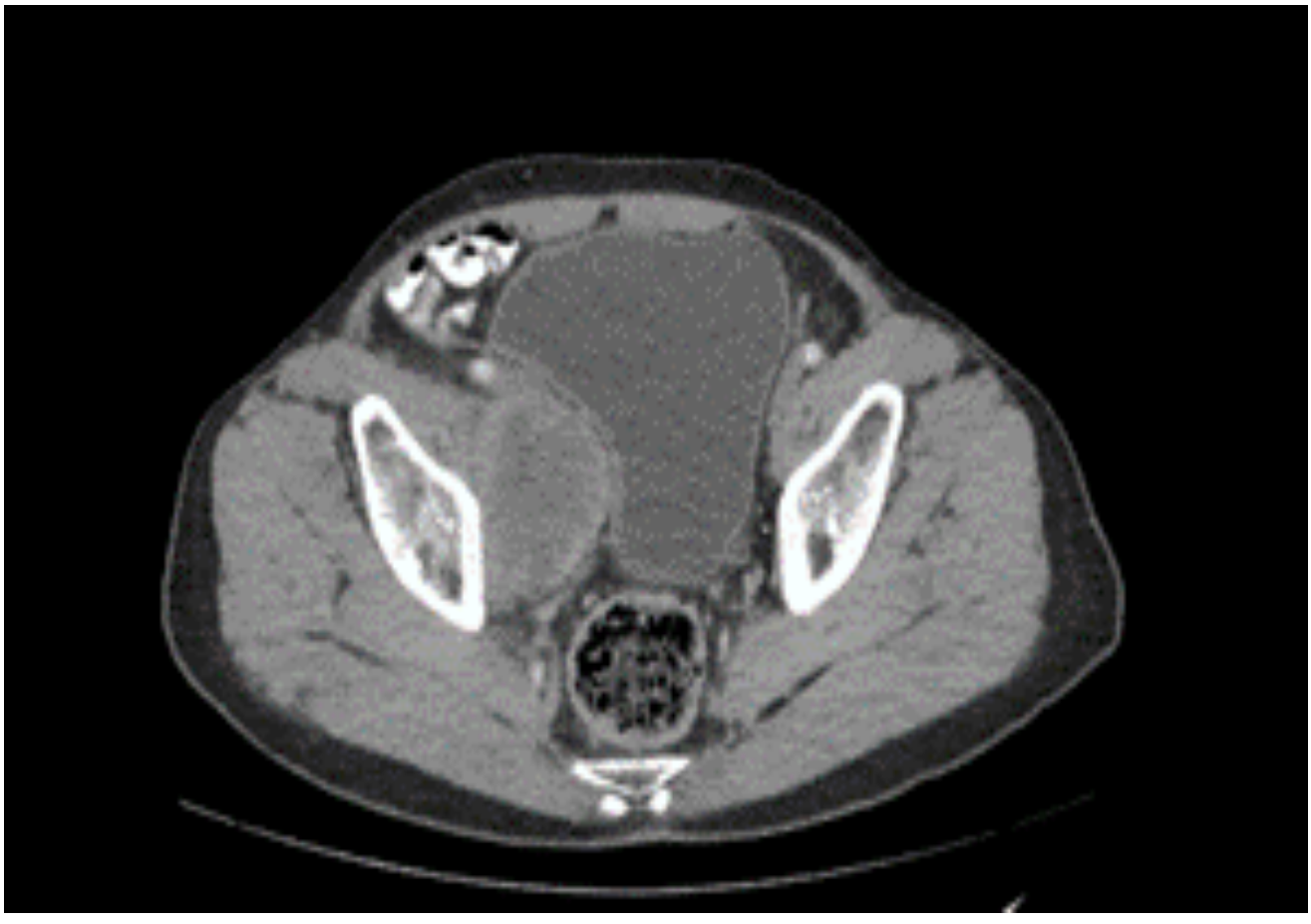
Takip sürecinde yapılan transüretral rezeksiyonlarda yüksek dereceli invaziv nüksler saptanmış ve tümörde histolojik heterojenite dikkati çekmiştir. Son görüntülemelerde mesane sağ lateral komşuluğunda retroperitoneal alanda yaklaşık 6–7 cm çapında, santral nekroz içeren kitle lezyonu izlenmiş, buna sağ üreter dilatasyonu ve hidronefroz eşlik etmiştir.

BULGULAR

Hastaya cerrahi eksplorasyon planlanmış ve sağ retroperitoneal kitle eksizyonu ile birlikte sağ iliak bölge lenf nodu diseksiyonu gerçekleştirilmiştir. Histopatolojik incelemede kitlenin geniş nekroz alanları ve yüksek mitotik aktivite gösteren anaplastik malign tümör ile uyumlu olduğu belirlenmiştir. Lenf nodlarında da benzer tümör dokusu saptanmıştır. Hastanın bilinen yüksek dereceli ürotelyal karsinom öyküsü ile birlikte değerlendirildiğinde bulgular dediferansiye/anaplastik transformasyon lehine yorumlanmıştır.

SONUÇ

Sarcomatoid ve anaplastik transformasyon, ürotelyal karsinomun nadir ancak son derece agresif varyantlarıdır. Epitelyal özelliklerin kaybı ve mezenkimal fenotip kazanımı ile karakterize olan bu dönüşüm, hızlı lokal ilerleme ve erken metastaz ile ilişkilidir. Retroperitoneal bölgede saptanan anaplastik tümörler sıklıkla primer sarkom olarak değerlendirilse de, yüksek dereceli ürotelyal karsinom öyküsü bulunan hastalarda sekonder dediferansiye tümör olasılığı akılda tutulmalıdır. Sunulan olgu, ürotelyal karsinom zemininde gelişen nadir bir retroperitoneal anaplastik transformasyonu göstermesi açısından dikkat çekicidir. Bu tür olgularda multidisipliner yaklaşım ve ayrıntılı histopatolojik değerlendirme doğru tanı ve tedavi planlaması açısından kritik öneme sahiptir.



SB-296) RADİKAL SİSTEKTOMİ UYGULANAN MESANE KANSERİ HASTALARINDA PREOPERATİF SİSTEMİK İMMÜN-İNFLAMASYON İNDEKSİNİN (Sİİ) PATOLOJİK EVRE VE LENF NODU TUTULUMU İLE İLİŞKİSİ

FERHAT UÇURMAK(1) BERKER COSKUNER(2) DURAN KURU(2) NEZİH TAMKAÇ(2) SADIK GÖRÜR(2)

1. HATAY EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Mesane kanserinde radikal sistektomi (RS) sonrası saptanan patolojik evre ve lenf nodu (LN) tutulumu, en önemli prognostik belirteçler arasındadır. Bu çalışmada; maliyetsiz ve kolay ulaşılabilir bir laboratuvar parametresi olan Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksi'nin (Sİİ) RS sonrası patolojik sonuçları öngördürücü değerini ve literatürle uyumunu araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kurumumuzda RS uygulanan 41 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Preoperatif Sİİ değeri;

Sİİ =({Trombosit} x {Nötrofil})/{Lenfosit}
formülü ile hesaplandı. Sİİ'nin patolojik T evresi (T1-2 vs T3-4), LN metastazı ve lenfovasküler invazyon (LVİ) ile ilişkisi analiz edildi. LN metastazını öngörmede Sİİ için ROC analizi yapılarak eşik değer belirlendi ve literatürdeki benzer çalışmalarla karşılaştırıldı.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 66.5 olup, %85i erkekti. Analizlerde; LN pozitif (N+) hastalarda ortalama Sİİ değeri, N0 hastalara göre anlamlı derecede yüksek saptandı (2563 vs 1483, $p<0.05$). Benzer şekilde, yüksek T evreli (T3-4) hastalarda Sİİ değerleri daha yüksekti (1890 vs 1436). ROC analizinde Sİİ'nin LN metastazını öngörmede AUC değeri 0.80 ($p<0.05$) olarak saptanmıştır. Bu değer, literatürde bildirilen benzer çalışmaların (genellikle 0.72-0.78) üzerindedir. LN metastazı için optimal Sİİ eşik değeri 1663 olarak belirlenmiştir.

SONUÇ

Preoperatif yüksek Sİİ değerleri, RS sonrası ileri patolojik evre ve LN metastazı ile güçlü bir korelasyon göstermektedir. Literatürde (Gorgel ve ark.) Sİİ eşik değeri 412 olarak belirtilse de, çalışmamızda bu değerin 1663 saptanması, merkezimize başvuran hastaların yüksek tümör yükü ve ileri evre başvuru oranlarıyla ilişkilendirilmiştir. Buna rağmen saptanan 0.80 AUC değeri, Sİİ'nin yüksek prediktif gücünü teyit etmektedir. Özellikle 1663 üzerindeki değerler, cerrahi öncesi risk stratifikasyonunda etkin bir biyobelirteç olarak kullanılabilir.

SB-297) D'AMİCO ORTA RİSK PROSTAT KANSERİ HASTALARINDA LENF NODU METASTAZININ ÖNGÖRÜLMESİNDE GELENEKSEL NOMOGRAMLAR (BRİGANTİ, PARTİN, MSKCC) İLE PI-RADS SKORLAMASININ KARŞILAŞTIRILMASI

CAN AHMET KARABACAK(1) MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) KAAN DEMİRDÖVEN(1) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1) GÜVEN ASLAN(1) İLHAN ÇELEBİ(1)

1. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Radikal retropubik prostatektomi (RRP) uygulanan prostat kanseri hastalarında pelvik lenf nodu (LN) metastazı varlığını öngörmek, gereksiz lenfadenektomilerden kaçınmak veya doğru evreleme yapmak adına kritik öneme sahiptir. Bu çalışmada, D'Amico risk sınıflamasına göre orta riskli olan prostat kanseri hastalarında; yaygın kullanılan klinik nomogramların (Briganti, Partin, MSKCC) belirlenen sınır değerleri ile çoklu parametrik prostat MRG'deki (mpMRG) PI-RADS skorlamasının (PI-RADS 5 ve PI-RADS 4-5) patolojik lenf nodu metastazını öngörmedeki doğruluğunu ve klinik başarılarını karşılaştırmayı amaçladık

GEREÇ-YÖNTEM

Mayıs 2021 - Mayıs 2026 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı'nda RRP ve pelvik lenf nodu diseksiyonu uygulanan 380 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. PSA, rektal tuşe ve biyopsi sonuçlarına göre D'Amico risk sınıflamasında "orta riskli" olarak değerlendirilen 111 hasta çalışmaya dahil edildi. LN metastazı tahmini için eşik değerler Briganti için %7, MSKCC için %2 ve Partin için %5 olarak alındı. mpMRG verileri ise PI-RADS 4-5 ve sadece PI-RADS 5 olmak üzere iki ayrı grupta analiz edildi. Değişkenlerin LN metastazı ile ilişkisi Ki-Kare ve Fisher's Exact Test ile değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 111 hastanın patolojik incelemesinde 11 hastada (%9.9) lenf nodu metastazı saptanırken, 100 hastada (%90.1) metastaz izlenmedi. PI-RADS 5 Grubu: Patolojik olarak LN metastazı pozitif olan 11 hastanın 10'unda (%90.9) mpMRG'de PI-RADS 5 lezyon mevcuttu. PI-RADS 5 varlığı ile LN metastazı arasında ileri düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0.001$). PI-RADS 5 skorunun LN metastazını öngörmedeki duyarlılığı (sensitivite) %90.9, özgüllüğü (spesifite) ise %73.0 olarak hesaplandı. PI-RADS 4-5 Grubu: LN metastazı olan hastaların tamamında (%100) PI-RADS 4 veya 5 lezyon izlenmesine rağmen, PI-RADS 4-5 gruplaması ile LN metastazı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0.184$). Nomogramlar: Eşik değerlerine göre yapılan analizlerde; Briganti >%7 ($p=0.631$), Partin >%5 ($p=0.869$) ve MSKCC >%2 ($p=0.852$) sınır değerlerinin hiçbiri orta riskli bu hasta popülasyonunda lenf nodu metastazını öngörmede istatistiksel olarak anlamlı bir başarı göstermedi.

SONUÇ

D'Amico orta risk grubundaki prostat kanseri hastalarında, lenf nodu metastazını tahmin etmede geleneksel klinik nomogramlar (Briganti, Partin ve MSKCC) belirlenen sınır değerlerinde yetersiz kalmıştır. Buna karşın, preoperatif mpMRG'de PI-RADS 5 skoru saptanması, lenf nodu metastazını öngörmede klinik nomogramlara üstünlük sağlayarak oldukça yüksek duyarlılık (%90.9) ve özgüllük (%73.0) ile güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir bağımsız öngörücü parametre olarak öne çıkmaktadır. Orta riskli hastalarda lenfadenektomi kararı verilirken mpMRG'deki PI-RADS 5 varlığı güçlü bir kriter olarak değerlendirilmelidir

-	_	LN Metastazı Yok (n=100)	LN Metastazı Var (n=11)	p
PI-RADS	PI-RADS 1-3	14 (%14,0)	0 (%0,0)	-
-	PI-RADS 4-5	86 (%86,0)	11 (%100,0)	0.184
PI-RADS	PI-RADS 1-4	73 (%73,0)	1 (%9,1)	-
-	PI-RADS 5	27 (%27,0)	10 (%90,9)	<0.001*
Briganti (%7)	<%7	79 (%79,0)	8 (%72,7)	-
-	>%7	21 (%21,0)	3 (%27,3)	0.631
Partin (%5)	<%5	75 (%75,0)	8 (%72,7)	-
-	>%5	25 (%25,0)	3 (%27,3)	0.869
MSKCC (%2)	<%2	16 (%16,0)	2 (%18,2)	-
-	>%2	84 (%84,0)	9 (%81,8)	0.852

SB-298) HEMOGRAM TEMELLİ İNFLAMASYON BELİRTEÇLERİNİN TESTİKÜLER GERM HÜCRELİ TÜMÖRLERİ ÖNGÖRME VE HASTALIK EVRESİ İLE İLİŞKİSİ

ABDULLAH GUL(1) SALİM ZENGİN(2)

1. sbü bursa tıp fakültesi, bursa yüksek ihtisas eğitim ve araştırma hastanesi, üroloji kliniği, bursa
2. yenikent devlet hastanesi, üroloji kliniği, sakarya

AMAÇ

İnflamasyon ve kanser gelişimi arasındaki ilişki son yıllarda birçok çalışmada gösterilmiştir. Tam kan sayımından elde edilen inflamasyon belirteçleri, farklı malignitelerde prognostik ve tanısal marker olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada testiküler germ hücreli tümörlerin (TGCT) öngörülmesinde nötrofil-lenfosit oranı (NLR) ve sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII) başta olmak üzere hemogram temelli inflamasyon belirteçlerinin tanısal değerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

2015–2025 yılları arasında testiküler germ hücreli tümör nedeniyle radikal orşiektomi uygulanan 58 hasta ile malignitesi olmayan 54 sağlıklı bireyin verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların ameliyat öncesi tam kan sayımı parametrelerinden elde edilen NLR, platelet-lenfosit oranı (PLR), lenfosit-monosit oranı (LMR), SII, ortalama trombosit hacmi (MPV) ve eritrosit dağılım genişliği (RDW) değerleri analiz edildi. Tümör ve kontrol grupları arasındaki farklar değerlendirildi. Tanısal performansın belirlenmesi için ROC eğrisi analizi yapılarak kesim değerleri, duyarlılık ve özgüllük değerleri hesaplandı.

BULGULAR

Testis tümörü olan hastalarda NLR, SII ve RDW değerlerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). ROC analizinde NLR için cut-off değeri 3,38, SII için ise 881,24 olarak belirlendi. NLR'nin duyarlılığı %51,4, özgüllüğü %88,6 iken SII'nin duyarlılığı %45,7 ve özgüllüğü %91,4 olarak bulundu. Lojistik regresyon analizinde NLR ?3,38 ve SII ?881 değerlerinin testiküler germ hücreli tümör varlığını öngören bağımsız risk faktörleri olduğu saptandı. Ayrıca yüksek NLR ve SII değerlerinin daha ileri patolojik evre ile ilişkili olduğu gösterildi.

SONUÇ

Tam kan sayımına dayalı inflamasyon belirteçleri olan NLR ve SII, testiküler germ hücreli tümörlerin öngörülmesinde potansiyel biyobelirteçlerdir. Çalışmamızda özellikle SII'nin tanısal performansının daha yüksek olduğu görülmüş olup, bu parametreler klinik değerlendirmede yardımcı göstergeler olarak kullanılabilir.

SB-299) RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONUÇLARIMIZ

ALPER NESİP MANAV(1) GÜNGÖR ARIÇ(1) VOLKAN ÇAĞLAYAN(1) ONUR SERİN(1) NİYAZİ SERHAT YOLAY(1) SEDAT ÖNER(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ
Prostat adenokarsinomu nedeniyle radikal prostatektomi (RP) uygulanan hastalarımızın demografik, perioperatif, patolojik ve erken onkolojik sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Kliniğimizde radikal prostatektomi uygulanan 607 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, PSA düzeyi, prostat volümü, PSA dansitesi , ISUP derecesi, ameliyat süresi, kanama miktarı, hastanede kalış süresi, dren ve üretral kateter çekim süreleri, preoperatif ve postoperatif laboratuvar değerleri, patolojik evre, RP ISUP derecesi, perinöral invazyon, lenfovasküler invazyon, seminal vezikül invazyonu, cerrahi sınır durumu, lenf nodu tutulumu, uzak metastaz varlığı ve komplikasyonlar kaydedildi. Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma veya ortanca , kategorik değişkenler sayı ve yüzde (%) olarak ifade edildi. Clavien-Dindo komplikasyon oranları hesaplandı.

BULGULAR
Hastaların ortanca yaşı 66,0 yıl idi. Ortalama prostat volümü 55,5±28,5 mL, ortanca total PSA değeri 11,0 ng/mL ve ortalama PSA dansitesi 0,31 olarak saptandı. Ortalama ameliyat süresi 221,5 dakika, kanama miktarı kaydedilen olgularda ortalama kan kaybı 286,0 mL idi. Ortalama hastanede kalış süresi 4,9 gün, dren çekim günü 4,0 gün ve üretral kateter süresi 12,8 gün olarak bulundu.
Patolojik değerlendirmede 428 (%70,9) pT2, 172 (%28,5) pT3 ve 4 (%0,6) pT4 evre saptandı. RP ISUP derecesi en sık ISUP 2 olarak izlendi (%36,6). PNI %89,2, LVI %33,9, seminal vezikül invazyonu %26,2, cerrahi sınır pozitifliği %33,1 ve lenf nodu pozitifliği %12,5 oranında saptandı. Clavien-Dindo sınıflamasında 555 (%94.9) hasta grade 1, 2 (%0.3) hasta grade 5 tespit edildi.

SONUÇ
Serimizde radikal prostatektomi kabul edilebilir perioperatif morbidite ile uygulanmıştır. Erken onkolojik takipte postoperatif PSA değerlerinin düşük seyretmesi cerrahinin etkinliğini desteklemekle birlikte, cerrahi sınır pozitifliği, seminal vezikül invazyonu ve lenf nodu tutulumu oranları nedeniyle uzun dönem biyokimyasal nüks ve sağkalım sonuçlarının ayrıca değerlendirilmesi gerekmektedir.

Tablo 1. Hastaların Demografik, Perioperatif ve Patolojik Özellikleri (N=607)

Sürekli Değişken	n	Değer	Kategorik Değişken	n	Değer
Yaş (yıl)	607	65,86	Biyopsi ISUP 1	195	%34,5
Prostat volümü (mL)	596	55,55	Biyopsi ISUP 2	174	%30,7
Total PSA (ng/mL)	581	14,53	Biyopsi ISUP 3	95	%16,8
Free PSA (ng/mL)	428	1,68	Biyopsi ISUP 4	68	%12,0
TRUS biyopsi yüzdesi (%)	502	46,13	Biyopsi ISUP 5	34	%6,0
Ameliyat süresi (dk)	566	219,94	RP ISUP 1	121	%20,1
Kanama miktarı (mL)	529	296,37	RP ISUP 2	222	%36,8
Hastanede yatış süresi (gün)	484	4,86	RP ISUP 3	144	%23,9
Dren çekim günü	482	3,96	RP ISUP 4	52	%8,6
Preop WBC (10³/µL)	600	7,57	RP ISUP 5	63	%10,4
Preop nötrofil (10³/µL)	600	4,60	Upgrading	199	%35,0
Preop lenfosit (10³/µL)	600	2,19	Perinöral invazyon (PNİ)	539	%89,2
Preop HGB (g/dL)	599	14,22	Lenfovasküler invazyon (LVİ)	205	%33,9
Preop HCT (%)	599	41,72			
Preop PLT (10³/µL)	600	241,44	Seminal vezikül inv. (SVİ)	158	%26,2
Preop kreatinin (mg/dL)	606	0,92	Pozitif cerrahi sınır	179	%29,6
Postop WBC (10³/µL)	606	8,52	Patolojik T evresi 2	428	%70,9
Postop nötrofil (10³/µL)	606	5,42	Patolojik T evresi 3	172	%28,5
Postop lenfosit (10³/µL)	606	1,43	Patolojik T evresi 4	4	%0,6
Postop HGB (g/dL)	598	12,18	Lenf nodu tutulumu	71	%11,7
Postop HCT (%)	606	32,44	Uzak metastaz	4	%0,7
Postop PLT (10³/µL)	606	218,02	Clavien-Dindo Grade 1	555	%94,9
Postop üre (mg/dL)	606	25,56	Clavien-Dindo Grade 2	10	%1,7
Postop kreatinin (mg/dL)	606	0,91	Clavien-Dindo Grade 3a	8	%1,4
			Clavien-Dindo Grade 3b	10	%1,7
			Clavien-Dindo Grade 5	2	%0,3

SB-300) BOSNİAK TİP 3 KİST HASTALARINDA ONKOLOJİK SONUÇLARIMIZ

EFEKAN KOYUNCU(1) MEHMET AKTAŞ(1) SAMET MERT GÖDE(1) MUSTAFA OK(1) EZGİ GÜLER(1) MUSTAFA SERDAR KALEMCİ(1) KASIM EMRE ERGUN(1)

1. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, kliniğimizde Bosniak tip 3 renal kist nedeniyle opere edilen hastaların patolojik sonuçlarını ve kısa dönem onkolojik izlemini değerlendirmektir. Bosniak III lezyonlarda malignite oranı değişken olmakla birlikte, sistematik derlemeler bu grupta belirgin aşırı tedavi olabileceğini ve malign olguların çoğunun düşük evre hastalığı olduğunu göstermiştir. Bosniak tip 3 kist hastalarını multidisipliner değerlendirme imkanına sahip olan bir merkez olan kliniğimizde uzun yılları kapsayan bir inceleme yaparak sonuçlarımızın literatürle uyumlu olup olmadığı araştırılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Son 15 yılda Bosniak tip 3 renal kist nedeniyle nefrektomi uygulanan hastalar retrospektif olarak incelendi.Olgular ameliyat öncesi kontrastlı BT veya MRG ile Bosniak sınıflamasına göre değerlendirilmişti. Hastaların görüntüleme yöntemi, uygulanan cerrahi türü, final patoloji sonuçları, patolojik evreleri ve mevcut takip bilgileri dosyalarından elde edildi.

BULGULAR

15 yılda Bosniak Tip 3 kist nedeniyle operasyon kararı verilen toplam 32 hasta çalışmaya dahil edildi. Sekiz hastada benign, 24 hastada malign patoloji saptandı. Cerrahi olarak 1 hastaya radikal nefrektomi, 31 hastaya parsiyel nefrektomi uygulandı. Malign olguların 2'si pT2, 1'i pT3 olarak raporlandı; diğer malign olgular daha erken evredeydi. Malign 24 hastanın 9'u düzenli kontrole geldi ve bu hastaların tamamı takipte temiz kaldı. Bu sonuçlar, Bosniak III serilerinde malignite oranının kayda değer olabildiğini, ancak tümörlerin büyük kısmının iyi prognozlu seyredebildiğini gösteren önceki çalışmalarla uyumludur.

SONUÇ

Bosniak tip 3 renal kistlerde cerrahi sonrası malignite oranı yüksektir (literatürde %80- çalışmamızda% 75) buna karşın olguların önemli bir bölümü düşük evreli tümörlere sahiptir. Bizim serimizde parsiyel nefrektomi baskın cerrahi yaklaşım olmuş, takip edilen malign olgularda nüks izlenmemiştir. Aktif izlem hastalarının da dahil edildiği serilerde malignite oranının daha da düşük olduğu unutulmamalıdır. Bu bulgular, Bosniak III lezyonlarda cerrahi kararın dikkatli hasta seçimiyle verilmesi gerektiğini ve seçilmiş olgularda yakın izlemin de önemli bir seçenek olduğunu düşündürmektedir. Bu hastaları aşırı tedaviden korumak için mutlaka multidisipliner çalışarak karar verilmeli, özellikle solid komponenti düşük ve boyutu küçük tümörlerde konservatif yaklaşım seçeneği mutlaka hastaya sunulmalıdır.

Hasta Sayısı	32
Yaş (ort)	53.1 ± 12.8
Erkek Cinsiyet	19(%59)
Tümör Boyutu (IQR)	39 mm (27.3–57.8)
En Sık Komorbidite	Hipertansiyon
Parsiyel Nefrektomi	%97
Malign Patoloji	%75
pT1	%90
Takipte Nüks	%0

KLİNİK VERİLER

SB-301) RADİKAL SİSTEKTOMİ SONRASI ERKEN DÖNEMDE YARA YERİ EVİSERASYONU: RİSK FAKTÖRLERİNİN ANALİZİ — RETROSPEKTİF KOHORT ÇALIŞMASI

ÖZGÜR EKİCİ(1) KAAN YILDIZ(1) MİRAÇ GÜVEN(1) ÖMER YERLİKAYA(1) İSMAİL ÇAKIRTAŞ(1) SEDAT ÖNER(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Radikal sistektomi, kas-invazif mesane kanseri tedavisinde altın standart cerrahi yöntemdir; ancak yüksek morbidite oranları ile ilişkili majör bir operasyondur. Postoperatif komplikasyonlar arasında yara yeri eviserasyonu nadir olmakla birlikte hayatı tehdit eden ciddi bir durum olup uzayan yatış, reoperasyon ve artmış mortaliteye yol açabilmektedir. Bu çalışmada tek merkez deneyimiyle erken postoperatif dönemde eviserasyon gelişimini etkileyen risk faktörlerinin belirlenmesi ve insidansının ortaya konulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2021 ile Mart 2026 tarihleri arasında Bursa Şehir Hastanesi Üroloji Kliniğinde radikal sistektomi uygulanan 198 hasta geriye dönük olarak incelendi. Demografik özellikler, komorbidite verileri, preoperatif tedavi, intraoperatif parametreler, postoperatif sonuçlar ve nihai patoloji verileri kayıt altına alındı. Postoperatif erken dönemde (1. Hafta) eviserasyon gelişen (n=7) ve gelişmeyen (n=191) gruplar karşılaştırıldı. Sürekli değişkenler için Mann-Whitney U testi (küçük grup boyutu ve normallik varsayımının karşılanamaması nedeniyle parametrik olmayan test tercih edildi), kategorik değişkenler için Fisher'ın kesin testi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 198 hastanın 7'sinde (%3,5) erken postoperatif dönemde yara yeri eviserasyonu saptandı. Tüm olgular açık teknikle gerçekleştirilmiş olup cilt kapama materyali olarak prolen sütur kullanılmıştı. Demografik ve klinik parametreler (yaş, VKİ, ASA skoru, sigara öyküsü, Charlson indeksi, ECOG skoru) açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Preoperatif laboratuvar değerleri de anlamlı farklılık göstermedi.

Dört parametrede istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi. Neoadjuvan kemoterapi oranı eviserasyon grubunda belirgin biçimde yüksekti (%42,9 vs %11,5; p=0,044). Postoperatif eritrosit süspansiyonu transfüzyon ihtiyacı eviserasyon grubunda anlamlı düzeyde fazlaydı (1,1±0,9 vs 0,5±0,9 ünite; p=0,036). Erken postoperatif CRP düzeyi eviserasyon grubunda paradoks olarak daha düşük bulundu (8,9±9,2 vs 64,2±71,1 mg/L; p=0,040);. Patolojik evre açısından eviserasyon grubunda daha düşük pT evresi saptandı (medyan pT2 vs pT3; p=0,029).

SONUÇ

Radikal sistektomi sonrası eviserasyon insidansı %3,5 olarak saptandı. Neoadjuvan kemoterapi uygulaması, artmış postoperatif transfüzyon ihtiyacı, düşük erken postoperatif CRP ve daha düşük pT evresi anlamlı risk faktörleri olarak öne çıkmaktadır. Bu bulgularyara iyileşmesinde gerekli enflamatuvar yanıtın yetersiz kaldığına işaret etmekte olup neoadjuvan kemoterapi kaynaklı immün supresyonla ilişkilendirilebilir. Ayrıca, eviserasyonun lokal tümör yükünden çok sistemik faktörler (immün supresyon, anemi, yetersiz enflamatuvar yanıt) ile ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Yüksek riskli hastalarda güçlendirilmiş fasya kapama tekniklerinin uygulanması ve preoperatif nutrisyonel optimizasyon bu komplikasyonu azaltabilir. Bulgularımızın geniş prospektif serilerle doğrulanması gerekmektedir.

Tablo 1. Eviserasyon Gelişen ve Gelişmeyen Hastaların Karşılaştırmalı Analizi

Parametre	Eviserasyon (+) (n=7)	Eviserasyon (-) (n=191)	p
DEMOGRAFİK & KLİNİK VERİLER			
Yaş (yıl), Ort±SS	69,9±11,1	68,3±9,5	0,605
Cinsiyet – Erkek, n (%)	7 (%100)	163 (%85,3)	0,596
VKİ (kg/m²), Ort±SS	23,5±3,1	23,5±3,0	0,925
ASA Skoru, n (%)	–	–	0,978
ASA 2	1 (%14)	21 (%11,0)	–
ASA 3	5 (%71)	148 (%77,5)	–
ASA 4	1 (%14)	21 (%11,0)	–
ECOG Performans Skoru, n (%)	–	–	0,599
ECOG 0	1 (%14)	15 (%7,9)	–
ECOG 1	4 (%57)	147 (%77,0)	–
ECOG 2	2 (%29)	26 (%13,6)	–
ECOG 3	0 (%0)	3 (%1,6)	–
Sigara Öyküsü, n (%)	4 (%57,1)	112 (%58,6)	1,000
Sigara Paket/Yıl, Ort±SS	21,4±21,2	19,6±18,4	0,714
Charlson Komorbidite İndeksi, Ort±SS	4,7±2,1	4,0±1,6	0,265
Geçmiş Batın Cerrahisi, n (%)	0 (%0)	16 (%8,4)	1,000
Preoperatif Hidronefroz, n (%)	2 (%28,6)	53 (%27,7)	1,000
Ailede Mesane Ca Öyküsü, n (%)	0 (%0)	0 (%0)	–
PREOPERATİF VERİLER			
Neoadjuvan Kemoterapi, n (%)	3 (%42,9)	22 (%11,5)	**0,044***
Trimodal Tedavi Öyküsü, n (%)	0 (%0)	4 (%2,1)	1,000
Hemoglobin (g/dL), Ort±SS	11,7±2,5	11,5±2,1	0,846
Lökosit (×10³/µL), Ort±SS	10,3±4,0	10,4±4,8	0,864
Nötrofil/Lenfosit Oranı, Ort±SS	7,5±8,4	4,8±4,4	0,317
Kreatinin (mg/dL), Ort±SS	1,7±1,0	1,3±1,2	0,122
GFR (mL/dak/1,73m²), Ort±SS	52,1±30,7	68,1±24,1	0,154
PATOLOJİK VERİLER			
pT Evresi (medyan)	pT2	pT3	**0,029***
pT1	1 (%14,3)	13 (%6,8)	–
pT2	5 (%71,4)	53 (%27,7)	–
pT3	1 (%14,3)	64 (%33,5)	–
pT4	0 (%0)	48 (%25,1)	–
Karsinoma İn Situ (patoloji), n (%)	0 (%0)	47 (%24,6)	0,201
Lenf Nodu Tutulumu, n (%)	1 (%14,3)	64 (%33,5)	0,430
Çıkarılan LN Sayısı, Ort±SS	12,7±7,4	18,2±10,0	0,187
Cerrahi Sınır Pozitifliği, n (%)	0 (%0)	21 (%11,0)	1,000
Lenfovasküler İnvazyon, n (%)	0 (%0)	67 (%35,1)	0,098
Sarkomatoid Diferansiasyon, n (%)	0 (%0)	11 (%5,8)	1,000
CERRAHİ VERİLER			
Cerrahi Teknik, n (%)	–	–	1,000
Açık Sistektomi	7 (%100)	189 (%99,0)	–
Laparoskopik	0 (%0)	2 (%1,0)	–
Vaka Süresi (dk), Ort±SS	290,7±126,8	264,4±68,4	0,679
Kanama Miktarı (mL), Ort±SS	440,0±171,9	378,1±117,5	0,260
Perop ES Transfüzyonu (ünite), Ort±SS	0,6±0,8	0,4±0,6	0,397
Üriner Diversiyon Tekniği, n (%)	–	–	0,782
Üreterokutanostomi	0 (%0)	26 (%13,6)	–
Wallace İleal Loop	6 (%86)	129 (%67,5)	–
Bricker İleal Loop	0 (%0)	11 (%5,8)	–
Ortotopik Neobladder	1 (%14)	22 (%11,5)	–
Üretrektomi, n (%)	1 (%14,3)	2 (%1,0)	0,103
Eş Zamanlı Nefroureterektomi, n (%)	1 (%14,3)	11 (%5,8)	0,359
POSTOPERATİF VERİLER			
Postop ES Transfüzyonu (ünite), Ort±SS	1,1±0,9	0,5±0,9	**0,036***
Postop Hgb erken (g/dL), Ort±SS	9,9±2,3	10,1±1,3	0,775
Postop CRP erken (mg/L), Ort±SS	8,9±9,2	64,2±71,1	**0,040***
Yatış Süresi (gün), Ort±SS	8,7±2,2	8,1±2,2	0,387

* p<0,05. Gri satırlar istatistiksel olarak anlamlı parametreleri göstermektedir. Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma; ES: Eritrosit Süspansiyonu; LN: Lenf Nodu

SB-302) PROSTAT KANSERİNDE GA-68 PSMA PET/BT PRİMER TÜMÖR SUVMAX DEĞERİNİN BAĞIMSIZ BELİRLEYİCİLERİ: PSA, PSA DANSİTESİ, ISUP GRADE GRUP VE REKTAL TUŞENİN KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

MEHMET DÜNDAR(1) TUNCER BAHÇECİ(1) BURAK GÜLER(1)

1. AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Ga-68 PSMA PET/BT'de prostat primer tümöründen ölçülen maksimum standart tutulum değerini (SUVmax) belirleyen bağımsız klinikopatolojik faktörleri saptamak; PSA, PSA dansitesi (PSA-D), biyopsi ISUP Grade Grup ve rektal tuşe bulgularının SUVmax ile ilişkisini karşılaştırmalı olarak değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Ga-68 PSMA PET/BT ve prostat biyopsisi bulunan 247 hasta retrospektif olarak incelendi. Tek değişkenli ve çok değişkenli analizlerin doğrudan karşılaştırılabilmesi için, tüm değişkenlerin (SUVmax, PSA, PSA-D, ISUP Grade ve rektal tuşe) eksiksiz bulunduğu 141 hastada tam-veri analizi yapıldı. SUVmax yalnızca prostat primer tümöründen alındı; metastatik lezyon tutulumları dışlandı. Tek değişkenli ilişkiler Spearman korelasyonu ile, bağımsız belirleyiciler log-dönüşümlü SUVmax üzerine çoklu doğrusal regresyon ile değerlendirildi. $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Tam-veri kohortunda (n=141) tek değişkenli analizde PSA (rho=0,61), PSA-D (rho=0,61), ISUP Grade (rho=0,52) ve sert rektal tuşe (rho=0,36) dördü de SUVmax ile anlamlı korele idi (tümü $p<0,001$). Ancak aynı hastalarda kurulan çok değişkenli modelde yalnızca ISUP Grade ($p<0,001$) ve sert rektal tuşe ($p=0,017$) bağımsız belirleyici olarak kaldı; PSA ($p=0,45$) ve PSA-D ($p=0,34$) anlamlılığını yitirdi.

SONUÇ

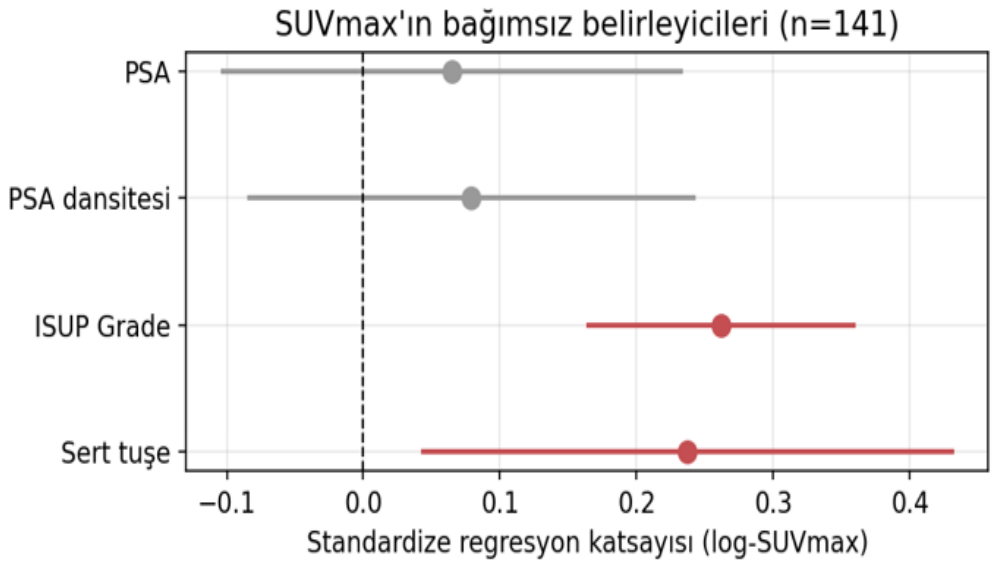
PSMA PET primer tümör SUVmax'ını belirleyen bağımsız faktörler tümör derecesi (ISUP Grade) ve sert rektal tuşedir. PSA ve PSA dansitesinin tek değişkenli ilişkisi, tümör derecesiyle olan ortak değişkenlikten kaynaklanan görünürde bir ilişkidir. SUVmax, PSA yükünden çok tümör diferansiyasyonunu ve lokal hastalık yükünü yansıtır; yüksek SUVmax yorumlanırken bu akılda tutulmalıdır.

ISUP Grade Grup	n	Medyan SUVmax	IQR
GG1	28	8,9	7,2–13,2
GG2	14	9,4	7,9–15,0
GG3	14	17,8	12,8–25,0
GG4	54	17,1	11,1–24,2
GG5	31	24,7	17,9–36,4

ISUP Grade Group'a göre prostat SUVmax dağılımı (n=141)

Tablo 2. SUVmax'ın belirleyicileri: tek ve çok değişkenli analiz (aynı 141 hasta)

Değişken	Tek değişkenli (rho, p)	Çok değişkenli (p)	Bağımsız?
PSA	0,61 (p<0,001)	0,45	Hayır
PSA dansitesi	0,61 (p<0,001)	0,34	Hayır
ISUP Grade	0,52 (p<0,001)	<0,001	Evet
Sert rektal tuşe	0,36 (p<0,001)	0,017	Evet



Şekil 2. Çok değişkenli modelde standardize regresyon katsayıları. Kırmızı: anlamlı (ISUP Grade, sert tuşe); gri: anlamsız (PSA, PSA-D).

SB-303) PROSTAT BİYOPSİSİ İLE RADİKAL PROSTATEKTOMİ SPESİMENLERİ ARASINDA PATOLOJİK UYUM VE UPGRADING'İ ÖNGÖREN FAKTÖRLER

KHALED ALBABA(1) SADIK GÖRÜR(2) FATİH GÖKALP(2) NAZİH TAMKAÇ(2) BEKİR SAĞIR (2) DURAN KURU(2)

1. özel muş şifa hastanesi
2. HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Sistematik prostat iğne biyopsisi ile radikal prostatektomi spesimenleri arasındaki ISUP grade group uyumunu değerlendirmek ve radikal prostatektomi patolojisinde upgrading gelişimini öngören klinik, radyolojik ve patolojik faktörleri belirlemek.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2020–Ocak 2026 tarihleri arasında tek merkezde açık retropubik radikal prostatektomi uygulanan 77 hasta retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalara ameliyat öncesinde multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme ve PSMA PET uygulanmış, prostat dışı metastatik tutulumu olanlar ile neoadjuvan radyoterapi veya androjen baskılama tedavisi alanlar çalışma dışı bırakılmıştır. Tanı, transrektal ultrasonografi eşliğinde 12 kor sistematik prostat biyopsisi ile konuldu. Biyopsi ve radikal prostatektomi materyalleri aynı patoloji merkezinde Gleason skorlama sistemi ve ISUP grade group sınıflamasına göre değerlendirildi. Radikal prostatektomi grade group'unun biyopsiden yüksek olması upgrading, düşük olması downgrading ve aynı olması uyumlu grup olarak kabul edildi. Upgrading ile ilişkili faktörler tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleriyle değerlendirildi

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 66,6 ± 5,0 yıl, ortalama vücut kitle indeksi 26,4 ± 1,8 kg/m² ve medyan PSA düzeyi 9,05 ng/mL idi. Hastaların %46,8'inde dijital rektal muayene şüpheli, %76,3'ünde PI-RADS 4–5 lezyon ve %66,2'sinde ?10 mm lezyon saptandı. Biyopsi ve radikal prostatektomi patolojileri 41 hastada (%53,2) uyumlu bulundu. Upgrading 27 hastada (%35,1), downgrading ise 9 hastada (%11,7) izlendi. Tek değişkenli analizde şüpheli dijital rektal muayene, PI-RADS 4–5 lezyon ve lezyon boyutunun ?10 mm olması upgrading ile ilişkiliydi. Çok değişkenli analizde şüpheli dijital rektal muayene (OR: 6,13; %95 GA: 1,91–19,64; p=0,002) ve biyopsi ISUP grade group ?2 olması (OR: 7,15; %95 GA: 1,26–40,75; p=0,027) upgrading için bağımsız öngördürücü olarak belirlendi.

SONUÇ

Sistematik prostat biyopsisi ile radikal prostatektomi patolojisi arasında anlamlı oranda grade uyumsuzluğu bulunmakta ve hastaların yaklaşık üçte birinde upgrading gelişmektedir. Şüpheli dijital rektal muayene bulgusu ve biyopsi ISUP grade group ?2 olması upgrading riskini bağımsız olarak artırmaktadır. Klinik muayene, multiparametrik MR bulguları ve biyopsi patolojisinin birlikte değerlendirilmesi, gerçek tümör agresifliğinin daha doğru öngörülmesine ve tedavi kararlarının bireyselleştirilmesine katkı sağlayabilir.

SB-304) OLDUKÇA NADİR GÖRÜLEN MESANENİN İNTRAMURAL YERLEŞİMLİ LEİOMYOMU: İKİ OLGU VE LİTERATÜR TARAMASI

ALİ NEBİOĞLU(1) ALİ BÖREKOĞLU(1) FADİME EDA GÖKALP SATICI(2) MURAT BOZLU(2)

1. MERSİN ŞEHİR HASTANESİ
2. MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

AMAÇ

Mesane leiomyomları tüm mesane neoplazmlarının yaklaşık %0,43'ünü oluşturan nadir benign mezenkimal tümörlerdir. Olguların büyük çoğunluğu intravezikal yerleşimli olup intramural lokalizasyon oldukça nadirdir. Bu çalışmada, intramural yerleşimli mesane leiomyomu tanısı alan iki olgunun klinik, radyolojik ve histopatolojik özelliklerinin sunulması ve literatür eşliğinde değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

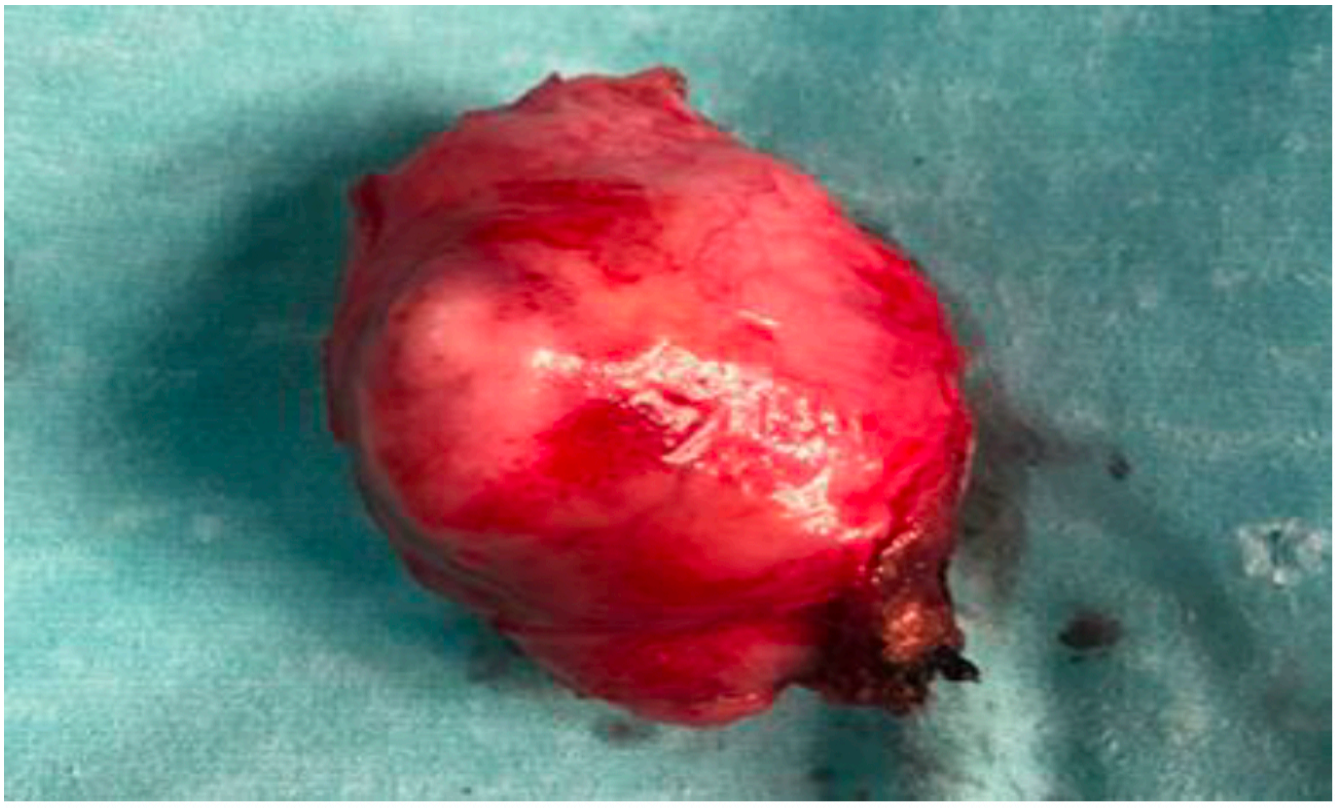
Kliniğimize alt üriner sistem semptomları ile başvuran 58 ve 41 yaşındaki iki kadın hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Her iki hastada fizik muayene, laboratuvar incelemeleri ve görüntüleme yöntemleri (ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve bir olguda manyetik rezonans görüntüleme) kullanıldı. Mesanede kitle saptanması üzerine tanısal sistoskopi uygulandı. Sistoskopide intravezikal lezyon görülmemesi nedeniyle eş zamanlı pelvik eksplorasyon gerçekleştirildi. İntramural yerleşimli olduğu belirlenen kitlelere parsiyel sistektomi uygulandı. Tanı histopatolojik ve immünohistokimyasal inceleme ile doğrulandı.

BULGULAR

İlk olgu irritatif alt üriner sistem semptomları ile başvurmuş olup görüntülemede mesane sol posterolateral duvarında yaklaşık 5 cm çapında kitle saptandı. İkinci olgu obstrüktif işeme semptomları ile başvurmuş olup mesane tabanında yaklaşık 4,5 cm çapında kitle tespit edildi. Her iki hastada sistoskopik incelemede intravezikal tümör izlenmedi. Pelvik eksplorasyonda kitlelerin intramural yerleşimli olduğu görüldü ve parsiyel sistektomi ile tam eksizyon sağlandı. Histopatolojik değerlendirmede sitolojik atipi içermeyen düz kas tümörü saptandı ve immünohistokimyasal incelemeler sonucunda leiomyom tanısı doğrulandı. Hastalar sırasıyla postoperatif 10. ve 8. günlerde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. On iki ve on sekiz aylık takiplerde klinik veya radyolojik nüks izlenmedi.

SONUÇ

İntramural mesane leiomyomu oldukça nadir görülen bir patolojidir ve irritatif veya obstrüktif alt üriner sistem semptomları ile karşımıza çıkabilir. Sistoskopide intravezikal lezyon saptanmayan ancak görüntülemede mesane duvarı ile ilişkili kitle bulunan olgularda intramural leiomyom akılda tutulmalıdır. Büyük ve intramural yerleşimli lezyonlarda parsiyel sistektomi güvenli ve etkili bir tedavi seçeneği olup mükemmel onkolojik ve fonksiyonel sonuçlar sağlamaktadır.



Resim 1

SB-305) RENAL HÜCRELİ KARSİNOM NEDENLİ RADİKAL NEFREKTOMİ İLE EŞ ZAMANLI TÜMÖR TROMBEKTOMİSİ UYGULANAN HASTALARIN KLİNİK SONUÇLARI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

UĞUR AKGÜN(1) MAHSUN TURGUT(1) İSMAİL ÇAKIRTAŞ(1) OĞUZCAN TAHA DEMİRGÖZ(1) İLYAS YILMAZ(1) SEDAT ÖNER(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Renal hücreli karsinom (RCC), vakaların %4-10'unda renal ven veya vena kava inferior'a uzanan tümör trombüsü ile birlikte seyretmekte ve bu durum nefrektomiye eş zamanlı tümör trombektomisinin eklenmesini gerekli kılmaktadır. Bu hasta grubu artmış cerrahi komplekslik, kanama riski ve perioperatif morbidite açısından özel bir popülasyonu temsil etmektedir. Bu çalışmada, kliniğimizde RCC nedeniyle radikal nefrektomi ile eş zamanlı tümör trombektomisi uygulanan hastaların demografik, perioperatif, patolojik ve onkolojik sonuçlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde RCC tanısıyla radikal nefrektomi ile eş zamanlı tümör trombektomisi uygulanan toplam 14 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik özellikler, komorbiditeler, preoperatif laboratuvar ve görüntüleme bulguları, intraoperatif veriler, patolojik sonuçlar (TNM evrelemesi, histolojik tip, cerrahi sınır, lenfovasküler invazyon) ve postoperatif erken dönem sonuçları (renal fonksiyon, yatış süresi, Clavien-Dindo, mortalite) hastane kayıtlarından elde edildi. Sürekli değişkenler ortalama±SD ve medyan (min-maks), kategorik değişkenler frekans ve yüzde olarak sunuldu.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 65,6±8,9 yıl olup %85,7'si erkekti; ortalama vücut kitle indeksi 27,6±4,8 kg/m² idi. Hastaların %50,0'sinde hipertansiyon, %28,6'sında diyabet mevcuttu; %75,0'i insidental saptanan kitle ile başvurmuştu. Tutulum 10 hastada (%71,4) sağ, 4 hastada (%28,6) sol taraftaydı. Trombüs düzeyi 5 hastada (%35,7) renal ven, 9 hastada (%64,3) vena kava inferior seviyesindeydi. Preoperatif medyan tümör çapı 67,5 mm idi; %28,6 lenf nodu tutulumu, %28,6 senkron metastaz saptandı. Cerrahide 10 hastaya (%71,4) açık, 4 hastaya (%28,6) laparoskopik başlanıp açığa dönülen teknik uygulandı. Ortalama operasyon süresi 232,5±59,4 dk, ortalama kanama miktarı 1685,7±1139,7 mL (n=7) idi. Cell-saver %64,3 hastada kullanıldı; 5 hastaya eş zamanlı sürrenalektomi, 5 hastaya sitoredüktif nefrektomi uygulandı. Tüm hastalarda (14/14) tümör trombüsü tam çıkarıldı. Patolojide en sık alt tip berrak hücreli RCC (%64,3) idi; tüm hastalar ?T3a evresindeydi. Pozitif cerrahi sınır oranı %50,0, lenfovasküler invazyon oranı %92,9 olarak saptandı. Medyan GFR preoperatif 63,0 mL/dk'dan postoperatif 54,0 mL/dk'ya geriledi. Medyan yatış süresi 5,5 gün; komplikasyonların (n=11) %54,5'i Derece I, %36,4'ü Derece II, %9,1'i Derece V idi. Taburcu öncesi mortalite %7,1 (1/14) olup; takipte 2 hastada nüks, 6 hastada hastalığa bağlı ölüm gözlemlendi.

SONUÇ

Bu seri, tümör trombektomisinin nefrektomi ile eş zamanlı olarak yüksek başarıyla (%100) uygulanabildiğini göstermektedir. Tüm hastaların ?T3a evrede olması ve yüksek lenfovasküler invazyon oranı, bu grubun lokal ileri evre, yüksek riskli bir popülasyonu temsil ettiğini ortaya koymaktadır. Perioperatif morbidite kabul edilebilir düzeyde kalmış, ancak pozitif cerrahi sınır oranı ve mortalite verisi, bu vakaların multidisipliner yönetiminin önemini vurgulamaktadır.

Tablo 1. Demografik, Perioperatif ve Patolojik Veriler

Parametre	Değer
Hasta sayısı (n)	14
Yaş, ortalama±SD (yıl)	65,6 ± 8,9
Cinsiyet (E/K)	12 / 2
Vücut kitle indeksi, ortalama±SD (kg/m²)	27,6 ± 4,8
Trombüs düzeyi (renal ven / VCİ)	5 / 9
Preoperatif medyan tümör çapı (mm)	67,5
Cerrahi yöntem (açık / lap→açık)	10 / 4
Ortalama operasyon süresi (dk)	232,5 ± 59,4
Ortalama kanama miktarı (mL, n=7)	1685,7 ± 1139,7
Tümör trombüsü tam çıkarılma oranı	14/14 (%100)
Patolojik evre ≥T3a oranı	14/14 (%100)
Pozitif cerrahi sınır oranı	7/14 (%50,0)
Lenfovasküler invazyon oranı	13/14 (%92,9)
Medyan hastanede yatış süresi (gün)	5,5 (3-9)
Taburcu öncesi mortalite	1/14 (%7,1)

SB-306) PREOPERATİF 68GA-PSMA PET/BT SUV-MAX DEĞERİNİN RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI AGRESİF PATOLOJİK BULGULARIN ÖNGÖRÜLMESİNDEKİ ROLÜ

BERKAY KEPİR(1) HAKAN BOĞUŞLU(1) EREN TERZİ(1) ALİ ESER(1) ÖMER ERDOĞAN(1) ÖMÜR MEMİK(1) MURAT ÜSTÜNER(1)

1. KOCAELİ DERİNCE ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

68Ga-PSMA PET/BT, prostat kanserinin evrelenmesinde yüksek tanısal doğruluğa sahip ol-makla birlikte, primer tümörün metabolik aktivitesini yansıtan maksimum standart tutulum değe-ri (SUVmax)'ın agresif patolojik özellikleri öngörmedeki klinik değeri henüz tam olarak ortaya konulamamıştır. Bu çalışmada primer prostat lezyonunun SUV-max değeri ile radikal prostatek-tomi sonrası elde edilen patolojik bulgular arasındaki ilişkinin araştırılması ve SUVmax'ın lokal ileri hastalığı öngörmedeki tanısal performansının değerlendirilmesi amaçlandı

GEREÇ-YÖNTEM

Radikal prostatektomi uygulanan 73 lokalize prostat kanseri hastası retrospektif olarak değerlen-dirildi. Hastaların demografik özellikleri, serum PSA düzeyi, biyopsi ISUP (International Soci-ety of Urological Pathology) derecesi, prostat hacmi, preoperatif 68Ga-PSMA PET/BT'de pri-mer tümörden ölçülen SUV-max değeri ve radikal prostatektomi patoloji sonuçları kaydedildi. SUV-max değerinin ISUP grade yükselmesi (upgrading), ekstraprostatik yayılım (EPE), cerrahi sınır pozitifliği ve seminal vezikül invazyonu ile ilişkisi analiz edildi. EPE ve T evresi yükselme-sini öngörmedeki tanısal performans ROC eğrisi analizi ile değerlendirildi.

BULGULAR

Toplam 73 hasta analiz edildi. ISUP upgrading gelişen hastalarda primer tümör SUVmax değer-leri anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$). Ekstraprostatik yayılım saptanan olgularda da SUV-max değerleri anlamlı derecede yüksekti ($p<0,001$). Buna karşın SUV-max ile cerrahi sınır pozi-tifliği veya seminal vezikül invazyonu arasında anlamlı ilişki izlenmedi (her ikisi için $p>0,05$).

ROC analizinde primer tümör SUV-max değeri ekstraprostatik yayılımı öngörmede yüksek ayırt edici performans gösterdi (AUC=0,805; %95 GA: 0,706–0,903; $p<0,001$). Optimal eşik değer ?16,65 olarak belirlendi ve bu değerde duyarlılık %48,4, özgüllük %95,2 olarak hesaplandı. ISUP upgrading öngörmede ise SUV-max'ın ayırt edici gücü daha düşük olmakla birlikte an-lamlı bulundu (AUC=0,668; $p=0,023$). Suv-max için optimal eşik değer ?16,65 duyarlılık %45,5, özgüllük %86,3 olarak hesaplandı.

SONUÇ

Primer prostat lezyonunun 68Ga-PSMA PET/BT SUV-max değeri, özellikle ekstraprostatik yayılım ve ISUP upgrading ile anlamlı ilişki göstermektedir. Yüksek özgüllüğü nedeniyle SUV-max, radikal prostatektomi öncesinde lokal ileri hastalık riskinin belirlenmesinde ve cerrahi plan-lamanın bireyselleştirilmesinde yararlı bir görüntüleme biyobelirteci olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte cerrahi sınır pozitifliği ve seminal vezikül invazyonunun öngörülmesinde tek başına yeterli görünmemektedir.

Değişkenler	ISUP upgrading yok n=51	ISUP upgrading var n=22	P değeri	EPE yok n=42	EPE var n=31	P değeri_
Yaş, yıl	64,96 ± 6,20	66,59 ± 5,20	0,284	65,43 ± 5,82	65,48 ± 6,16	0,969
VKİ, kg/m2	27,80 [25,10–29,70]	26,80 [24,65–29,40]	0,361	26,80 [25,00–28,48]	28,70 [25,50–30,90]	0,062
Prostat hacmi, ml	51,00 [35,00–63,00]	43,00 [30,50–57,25]	0,387	45,50 [32,50–61,50]	52,00 [38,00–62,00]	0,528
PSA, ng/ml	11,00 [6,50–14,70]	10,00 [6,00–16,50]	0,843	10,00 [6,07–14,33]	11,00 [7,00–16,00]	0,331
PSMA SUV-max	9,40 [4,20–14,50]	12,61 [6,48–25,80]	0,023	6,65 [3,98–11,32]	15,40 [9,40–28,12]	<0,001
EPE var, n (%)	19/51 (%37,3)	12/22 (%54,5)	0,170	-	-	-
Cerrahi sınır pozitifliği var, n (%)	19/51 (%37,3)	11/22 (%50,0)	0,310	16/42 (%38,1)	14/31 (%45,2)	0,544
Seminal vezikül invazyonu var, n (%)	11/51 (%21,6)	6/22 (%27,3)	0,597	6/42 (%14,3)	11/31 (%35,5)	0,034

Ekstraprostatik yayılım ve ısup upgrading durumuna göre klinik ve patolojik özelliklerin karşılaştırılması

Değişkenler	Pozitif grup,n	Negatif grup,n	AUC (95% CI)	p va-lue	Optimal cut-off	Sensiti-vity (%)	Speci-ficity (%)	You-den index
Ekstraprosta-tik yayılım	31	42	0.805 (0.706–0.903)	<0.001	≥16.65	48.4	95.2	0.436
ISUP upgra-ding	22	51	0.668 (0.527–0.809)	0.023	≥16.65	45.5	86.3	0.318

SB-307) MR-US FÜZYON PROSTAT BİYOPSİSİNDE MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM: EŞ ZAMANLI RADYOLOG DESTEĞİ, 'ZORLU' (PI-RADS 3-4) LEZYONLARDA AŞIRI TANIYI AZALTIP SAPTAMA ORANLARINI ARTIRIR MI? (EĞİLİM SKORU EŞLEŞTİRİLMİŞ ANALİZ)

MEHMET ALİ ÖZEL(1) DURSUN BABA(1) İBRAHİM FEYYAZ NALDEMİR(1) BURAK MEHMET GÜRPINARLI(1) BURAK AYVACIK(1)

1. DÜZCE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Güncel üroloji pratiğimizde prostat kanseri teşhisindeki temel paradigma, yalnızca kanser saptama oranlarını artırmak değil, klinik olarak anlamlı prostat kanserini (csPCa) seçici bir şekilde tespit ederek aşırı tanıyı (overdiagnosis) ve gereksiz tedavileri önlemektir. Bu çalışmanın amacı; operatör bağımlılığının yüksek olduğu "zorlu" PI-RADS 3 ve 4 lezyonlarda, MR-US füzyon biyopsisi sırasında eş zamanlı radyolog desteğinin (multidisipliner yaklaşım) klinik olarak anlamlı hastalık saptama oranları ve aşırı tanı üzerindeki etkisini eğilim skoru eşleştirilmiş (propensity score-matched) objektif bir analiz ile değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmamızda, PI-RADS 3 veya 4 lezyonları nedeniyle yazılım tabanlı MR-US füzyon biyopsisi uygulanan hastalar retrospektif olarak incelenmiştir. Hedefleme başarısında operatör uzmanlığının rolünü daha net izole edebilmek adına, klinik olarak daha belirgin olan PI-RADS 5 lezyonları çalışmaya dahil edilmemiştir. Hastalar iki kohorta ayrılmıştır: İşlem sırasında aktif eş zamanlı radyolog desteği alan Multidisipliner Grup (MDG) ve işlemi yalnızca üroloğun bağımsız olarak gerçekleştirdiği Tek Operatörlü Grup (SOG). Gruplar arası seçim yanlılığını (selection bias) minimize etmek amacıyla yaş, PSA düzeyi, prostat hacmi ve indeks lezyon boyutu değişkenleri kullanılarak 1:3 oranında eğilim skoru eşleştirmesi (Propensity Score Matching - PSM) uygulanmıştır.

BULGULAR

Eşleştirme sonrasında analize toplam 98 hasta (28 MDG, 70 SOG) dahil edilmiştir. Genel kanser saptama oranı SOG'da sayısal olarak daha yüksek izlense de (%67.1'e karşılık %53.6), histopatolojik inceleme bu farkın ağırlıklı olarak klinik açıdan önemsiz (ISUP Derece Grubu 1) kanserlerin SOG'da daha fazla saptanmasından kaynaklandığını göstermiştir (SOG'da %41.4, MDG'de %21.5). Buna karşılık, klinik olarak anlamlı prostat kanseri (ISUP ?2) saptama oranı MDG'de daha yüksek bulunmuştur (%32.1'e karşılık %25.7). Hedeflenen kanserin ilk korda saptanmasını ifade eden "ilk atışta başarı (first-strike success)" oranı MDG'de %88.9 iken, SOG'da %75.0 seviyesinde kalmıştır. Alt grup analizleri, özellikle hedeflenmesi teknik olarak zor olan anterior yerleşimli lezyonlarda, MDG'nin klinik olarak anlamlı kanser saptama açısından üstünlüğüne dair güçlü bir klinik eğilim (%60.0'a karşılık %23.3, p=0.053) ortaya koymuştur.

SONUÇ

PI-RADS 3 ve 4 lezyonların tanısal değerlendirmesinde, tek operatörlü yaklaşım yüksek bir genel duyarlılık sağlasa da "aşırı tanı" (indolan hastalık saptama) riskini artırabilmektedir. Biyopsi sürecine eş zamanlı radyolog katılımı, özellikle anterior yerleşimli zorlu lezyonlarda "ilk atışta başarı" oranını ve hedefleme hassasiyetini artırmakta; klinik olarak önemsiz bulguları en aza indirirken anlamlı hastalık saptama oranını optimize ederek tanısal verime ("nicelik" yerine "nitelik") doğrudan katkı sağlamaktadır.

SB-308) KO-AKSİYEL İĞNE TEKNİĞİ İLE YAPILAN TRANSPERİNEAL PROSTAT BİYOPSİSİNDE FARKLI LOKAL ANESTETİK AJANLARIN PERİOPERATİF SÜREÇ ÜZERİNE ETKİSİ

ERALP KUBİLAY(1) ÇAĞRI AKPINAR(2) FERHAT EREN(1) DORUK GÜLER(2) VOLKAN ÖZTEKİN(1) SÜMER BALTACI(2) EVREN SÜER(2)

1. DR. BURHAN NALBANTOĞLU DEVLET HASTANESİ
2. ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İBN-İ SİNA HASTANESİ

AMAÇ

Transperineal prostat biyopsisi prostat kanseri tanısında günümüzde kılavuzlar ışığında önerilen yöntemlerden birisidir. Transrektal biyopsilere kıyasla daha az enfeksiyon riski ve anterior yerleşimli tümörlerde daha yüksek kanser saptama oranları ile ön plana çıkmaktadır. Lokal anestezi altında ofis şartlarında da uygulanabilmesi işlemi hastalar ve hekimler açısından da avantajlı hale getirmektedir. Çalışmamızda, transperineal prostat biyopsisi sırasında uygulanan farklı farmakokinetiğe sahip lokal anestetik ajanların perioperatif dönemde hasta konforu üzerine etkisini göstermeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Aralık 2024 - Haziran 2026 arasında, iki farklı merkezde prostat kanseri şüphesi ile transperineal prostat biyopsisi uygulanan 251 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Biyopsi işlemi litotomi pozisyonunda transrektal lineer görüntüleme yüzeyli ultrason probu kullanılarak, perineal bölgeden sağ ve sol olmak üzere iki farklı giriş noktası belirlendikten sonra, bu noktalardan lokal anestetikler uygulanmış ardından giriş noktalarından 16G kalınlığında koaksiyel iğne yerleştirilmiştir. 22G iğne ile perine bölgesi ve prostat apeksi çevresine de lokal anestezi uygulanmıştır. Prilokain ve Prilokain+Bupivakain uygulanan hastalar 2 gruba ayrılmıştır. Hastaların demografik verileri, işlem sırasındaki, postoperatif 1. saat ve 6. saat VAS skorlarının yanı sıra, işlem sürecini değerlendiren QoL ölçekleri de karşılaştırılmıştır.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşları 63?7,1 olarak hesaplandı. Ortalama preoperatif PSA değerleri 6,5?2,9 ng/dl olarak görüldü. Ortalama prostat boyutları 51?22,3cc olarak kayıt edildi (Tablo1.). Kullanılan lokal anestetik ajana göre Prilokain kullanılan hastalar Grup-1, prilokain+bupivakain kullanılan hastalar grup 2 olarak adlandırıldı. Grup-1'de 146 hasta, Grup-2'de ise 105 hasta olduğu görüldü. Rektal prob girişi, koaksiyel iğne yerleştirilmesi ve biyopsi iğnesi ile işlem sırasında değerledirilen VAS skorları arasında istatistiksel anlamlı bir fark izlenmedi. 1. Ve 6. saatlerde ise prilokain ve bupivakainin birlikte uygulandığı grupta istatistiksel olarak anlamlı şekilde VAS skorları daha düşük saptandı (Tablo 2). QoL ölçeği değerlendirmesinde ise istatistiksel olarak anlamlı olmasa da işlem sürecinin Grup-2'de daha konforlu geçtiği görüldü.

SONUÇ

Transperineal prostat biyopsisi sırasında kullanılan lokal anestetik seçimi perioperatif süreci olmasa da postoperatif sürecin daha konforlu geçmesine katkı sağlayabilir. İşlem standardizasyonu için daha fazla, randomize prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1. Hastaların temel demografik ve klinik karakteristikleri

Parameters	Overall
Age, median (IQR)	63 (59-72)
Preoperative PSA (ng/ml)	6.5 (5.3-10.9)
MRI prostate volume (ml), median (IQR)	51 (35-80)
Preoperative PSAd, median (IQR)	0.14 (0.09-0.18)
mpMRI based (iT) local stage, n (%)	
≤cT2	188 (74.9%)
cT3a	35 (13.9%)
cT3b	28 (11.1%)
mpMRI tumor location, n (%)	
Transitional zone	43 (17.1%)
Peripheral zone	208 (82.8%)
mpMRI PI-RADS score, n (%)	
PI-RADS 3	48 (19.1%)
PI-RADS 4	121 (48.2%)
PI-RADS 5	82 (32.6%)
mpMRI index lesion diameter, median (IQR)	15 (8-20)
Overall PCa detection rate, n (%)	188/251 (74.9%)
Overall csPCa detection rate, n (%)	115/251 (45.8%)
ISUP grade at biopsy histopathology, n (%)	
Benign	80 (31.8%)
Grade 1	53 (21.1%)
Grade 2	48 (19.1%)
Grade ≥ 3	70 (27.8%)
csPCa detection rate according to biopsy strategy, n (%)	
TBx+PLBx	123/251 (49.0%)
TBx+SBx	119/251 (47.4%)
cisPCa detection rate according to biopsy strategy, n (%)	
TBx+PLBx	46/251 (18.3%)
TBx+SBx	51/251 (20.3%)

Tablo 2. VAS Skoru Değerlendirmesi

VAS Skoru, mean±SD, (min-max)	Grup 1 (Pri)	Grup 2 (Pri+Bupi)	P değeri
#	56	41	
Rektal Prob Girişi	4,54 ± 1.4 (2–7)	3,32 ± 1.2 (2–7)	0,22
Koaksiyel İğne Girişi	3,76 ± 0.8 (1–7)	3.42 ± 0.9 (1–7)	0,38
İğne Biyopsisi Anı	4,1 ± 1.3 (1–7)	3,42 ± 0.8 (1–7)	0,35
İşlem sonrası 1. saat	1.15 ± 0.5 (0–4)	0.74 ± 0.9 (0–2)	0,001
İşlem Sonrası 6. saat	0.92 ± 0.6 (0–4)	0.59 ± 0.5 (0–2)	0,001

SB-309) EREKTİL DİSFONKSİYON ŞİDDETİNİN ÖNGÖRÜLMESİNDE METABOLİK VE ATEROJENİK İNDEKSLERİN KARŞILAŞTIRILMASI: TRİGLİSERİD-GLUKOZ İNDEKSİNİN ÜSTÜN TANISAL PERFORMANSI

TAHA ERSEÇKİN(1) ÖMER ERDOĞAN(1) ÖMÜR MEMİK(1) MUSTAFA GÜNEŞ(1) OĞUZ ÖZDEN CEBECİ(1) MURAT ÜSTÜNER(1) AHMED ÖMER HALAT(1) ALİ KEMAL USLUBAŞ(1)

1. KOCAELİ DERİNCE ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Erektil disfonksiyon (ED), endotel disfonksiyonu ve metabolik bozukluklarla yakından ilişkili yaygın bir hastalıktır. Bu çalışmada, metabolik ve aterojenik indekslerin ED şiddeti ile ilişkisini değerlendirmek ve ağır ED'nin öngörülmesindeki tanısal performanslarını karşılaştırmak amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2025-Ocak 2026 tarihleri arasında erektil disfonksiyon nedeniyle başvuran 221 erkek hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi-5 (IIEF-5) skoruna göre ağır ED (5-7 puan) ve hafif-orta ED (8-21 puan) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Açlık trigliserid ve glukoz düzeylerinden Trigliserid-Glukoz (TyG) indeksi, Aterojenik Plazma İndeksi (AIP), Castelli Risk İndeksi-1 (CRI-1), Castelli Risk İndeksi-2 (CRI-2) ve Aterojenik Katsayı (AC) hesaplandı. Gruplar Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Korelasyon analizi, çok değişkenli lojistik regresyon ve ROC analizleri gerçekleştirildi.

BULGULAR

Ağır ED grubunda trigliserid, açlık glukozu, TyG ve AIP değerleri anlamlı olarak daha yüksek, HDL kolesterol düzeyleri ise daha düşüktü (tümü p<0,05). TyG (?=0,369; p<0,001) ve AIP (?=0,359; p<0,001) ağır ED ile pozitif korelasyon gösterdi. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde yalnızca TyG indeksi ağır ED'nin bağımsız belirleyicisi olarak saptandı (OR: 3,706; %95 GA: 1,512-9,081; p=0,004). ROC analizinde TyG indeksinin en yüksek ayırt edici performansa sahip olduğu görüldü (AUC=0,743). TyG için optimal eşik değer >9,16 olup duyarlılık %91,2 ve özgüllük %57,3 olarak hesaplandı.

SONUÇ

Metabolik ve aterojenik indeksler erektil disfonksiyon şiddeti ile ilişkili olmakla birlikte, TyG indeksi diğer lipid temelli indekslerden daha üstün tanısal performans göstermektedir. Kolay hesaplanabilmesi ve düşük maliyeti nedeniyle TyG indeksi, ağır erektil disfonksiyon riskinin belirlenmesinde klinik uygulamada kullanılabilecek pratik bir biyobelirteç olabilir.

Değişkenler	ß	S.E.	OR (95% CI)	p değeri
Trigliserid glukoz indeksi (TyG)	1.327	0.466	3.769 (1.511-9.397)	0,004
Atherojenik plazma indeksi (AIP)	1.135	1.037	3.112 (0.408–23.753)	0.274
Yaş	0.019	0.017	1.019 (0.985–1.054)	0.275
BMI	-0.007	0.042	0.993 (0.915–1.078)	0.869

Lipid profili skorlarının çok değişkenli lojistik regresyon analizi.

Tablo 1. Hafif-Orta ve Şiddetli Erektil Disfonksiyon Gruplarının Klinik ve Biyokimyasal Parametrelerinin Karşılaştırılması

Değişken		Hafif-Orta ED (n=164)	Ağır ED (n=57)	p değeri
Yaş (years; median (IQR))		48.5 (17)	51 (16)	0,101
BMI (kg/m²; median (IQR))		27.8 (6.01)	29.39 (5.67)	0,154
Sigara	Hayır (n;%)	83 (37.6)	31 (14.0)	0,622
	Evet (n;%)	81 (36.7)	26 (11.8)	
Alkol	Hayır (n;%)	139 (62.9)	53 (24.0)	0,111
	Evet (n;%)	25 (11.3)	4 (1.8)	
Testosteron (ng/dL; median (IQR)		416.00 (224.0)	362.00 (229.0)	0,128
Prolaktin (ng/mL; median (IQR)		9.45 (5.48)	9.90 (5.25)	0,885
Total kolesterol (mg/dL; median (IQR))		188.00 (62.5)	182.00 (61.0)	0,681
HDL kolesterol (mg/dL; median (IQR))		42.00 (13.0)	39.00 (11.0)	**0,031**
Trigliserid (mg/dL; median (IQR))		175.00 (131.00)	240.00 (75.00)	**<0,001**
LDL (calculated) (mg/dL)		110.00 (44)	114.00 (46.00)	0,736
Açlık kan şekeri (mg/dL; median (IQR))		97.00 (17.0)	102.00 (29.0)	**0,002**
IIEF-5 Skoru		14.00 (6.0)	5.00 (1.0)	**<0,001**
Castelli Risk Indeks 1 (median (IQR))		4.35 (1.74)	4.77 (1.30)	0,116
Castelli Risk Indeks 2 (median (IQR))		2.57 (1.39)	2.69 (1.28)	0,105
Aterojenik Katsayı		3.35 (1.73)	3.77 (1.30)	0,116
Trigliserid- glukoz indeksi (TyG)		9.05 (0.84)	9.45 (0.54)	**<0,001**
Aterojenik plazma indeksi (AIP)		0.595 (0.36)	0.789 (0.17)	**<0,001**

SB-310) ÜRETRA DARLIĞI TEDAVİSİNDE; ÜRETROPLASTİ VE DİREKT VİZÜEL İNTERNAL ÜRETROTOMİ SONRASI FONKSİYONEL SONUÇLARIN VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİN KARŞILAŞTIRMALI DEĞERLENDİRİLMESİ

MUHAMMED ENES BULUT(1) OĞUZ ÖZDEN CEBECİ(1) MEHMET EMRE YÖRÜSÜN(1) ÖMÜR MEMİK(1) MUSTAFA GÜNEŞ(1)

1. KOCAELİ ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Üretral darlık, yüksek nüks eğilimi nedeniyle üroloji pratiğinde hastalık yönetiminde zorluklar yaşanan bir patolojidir. Klinik paratikte en çok direkt vizüel internal üretrotomi (DVIU) tercih edilmekte olup altın standart tedavi üretroplastidir. Bu çalışmanın amacı DVIU ve üretroplasti tekniklerinin zamana bağlı nüks oranlarını karşılaştırmak, nüks gelişimindeki bağımsız prognostik risk faktörlerini belirlemek ve iki cerrahi yaklaşım arasındaki postoperatif yaşam kalitesi farkını üretral darlık cerrahisi hasta odaklı sonuç ölçeği (USS-PROMs) ile objektif olarak ortaya koymaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmada, Nisan 2023 ile Nisan 2026 tarihleri arasında üretral darlık tanısıyla üretroplasti veya direkt vizüel internal üretrotomi (DVIU) uygulanan, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemlerde üretral darlık cerrahisi hasta odaklı sonuç ölçeği (USS-PROM) ile Uluslararası Erektil Fonksiyon Endeksi (IIEF-5) anketlerini eksiksiz dolduran hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Her tekniğin kendi içindeki iyileşme düzeyi ölçüldü ve teknikler arasındaki farklar karşılaştırıldı. Takip süresince darlık nüksü gelişen ve gelişmeyen hastalar olmak üzere iki ana grup oluşturuldu; olası klinik ve demografik risk faktörlerinin nüks üzerindeki etkileri kategorik değişkenler arası ilişkileri belirlemek amacıyla Ki-Kare analizi ile test edildi.

BULGULAR

Her iki grupta da postoperatif Q-max ve EQ-VAS skorlarında anlamlı artış, LUTS skorunda anlamlı azalma saptandı ($p<0.05$). Postoperatif cinsel fonksiyonlar (IIEF-5) açısından DVIU grubunda grup içi değerlendirmede preoperatif ve postoperatif skorlar arasında hafif fakat anlamlı bir düşüş izlenirken ($p=0.010$) üretroplasti grubunda grup içi değerlendirmede preoperatif ve postoperatif skorlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır($p>0.05$). Gruplar arası değerlendirmede ise IIEF-5 anket skorlarında üretroplasti ve DVIU teknikleri arasında DVIU grubunun istatistiksel olarak daha az negatif etkilenme gösterdiği ($p=0.005$) saptanmıştır. Seçim yanlılığını önlemek amacıyla yapılan ANCOVA ve boylamsal Repeated Measures ANOVA analizleri, darlık uzunluğu ve komorbiditeden bağımsız olarak cerrahi yöntemin postoperatif 3. ay EQ-VAS ve LUTS skorları üzerinde radikal ve kalıcı bir ana etkiye sahip olduğunu doğrulamıştır ($p<0.001$).

Çok değişkenli Cox Proportional Hazards modelinde preoperatif ve peroperatif anatomik/klinik bulgular (ASA skoru, etiyoloji, darlık yeri, darlık uzunluğu ve >2 cm olması, preoperatif Q-max) kontrol edildiğinde, bu parametrelerin nüks gelişimi üzerinde bağımsız birer prognostik risk faktörü olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

SONUÇ

Üretroplasti; darlık uzunluğu, yerleşimi ve etiyolojisinden bağımsız olarak nüks riskini azaltmada en güçlü prognostik faktördür. Cerrahi teknikler hastaların postoperatif cinsel fonksiyonlarını (IIEF-5) majör düzeyde olumsuz etkilemezken; üretroplasti rekonstrüksiyonu alt üriner sistem semptomlarını (LUTS) giderme, objektif idrar akış hızı Q- max artışı sağlama ve hasta odaklı genel yaşam kalitesi (EQ-VAS) kazanımlarında DVIU prosedürüne kıyasla istatistiksel ve klinik olarak çok daha üstün, ivmeli bir iyileşme başarısı sunmaktadır.

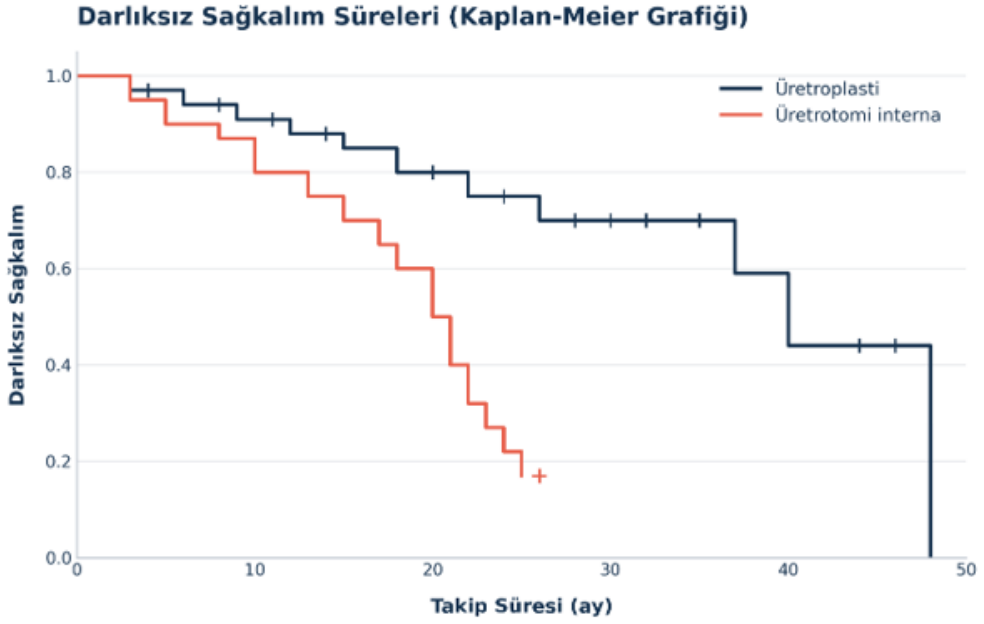
Demografik ve Preoperatif Klinik Özellikler

Özellikler	**DVIU (n=100)**	**Üretroplasti(n=115)**	**p-değeri***
Yaş (yıl), Ortanca (IQR)	69.0 (62.0 - 75.0)	59.0 (49.0 - 70.0)	**<0.001**
VKİ (kg/m²), Ortanca (IQR)	27.7 (26.2 - 29.8)	28.6 (26.4 - 30.1)	0.339
Obezite (VKİ>30 kg/m²), n (%)	23 (%23.0)	31 (%27.9)	0.509
Ek Hastalıklar, n (%)			
- Diabetes Mellitus	20 (%20.0)	32 (%27.8)	0.239
- Hipertansiyon	42 (%42.0)	49 (%43.4)	0.951
- Koroner Arter Hastalığı	30 (%30.0)	36 (%31.9)	0.885
Sigara Kullanımı, n (%)	64 (%64.0)	73 (%68.2)	0.621
Darlık Uzunluğu> 2 cm, n (%)	15 (%15.0)	68 (%61.3)	**<0.001**
Öncesinde Endoskopik Tedavi / DVIU	38 (%38.0)	95 (%84.8)	**<0.001**
Öncesinde Üretroplasti Öyküsü	0 (%0.0)	13 (%11.6)	**<0.001**

VKİ: Vücut kitle indeksi

DVIU ve Üretroplasti Sonrası Fonksiyonel ve Yaşam Kalitesi Parametrelerinin Değişimi

Parametre (Δ)	**DVIU**	**Üretroplasti**	**Z Değeri**	**p-değeri**
Q-max Değişimi (ml/sn)	+7.6	+15.5	-3.871	**<0.001**
LUTS Skoru Değişimi	-9.7	-12.4	-11.265	**<0.001**
EQ-VAS Skoru Değişimi	+20	+32	-3.966	**<0.001**
IIEF-5 Skoru Değişimi	-0.2	-1.9	-2.804	**0.005**



SB-312) PREOPERATİF PROSTAT HACMİ ARTTIKÇA ERKEN DÖNEM STRES ÜRİNER İNKONTİNANS RİSKİ ARTMAKTADIR: PROSPEKTİF KOHORT ÇALIŞMASI

CEM DOĞAN(1) MEHMET BURAK YILDIZHAN(2) DENİZ DEMİRCİ(3) EMRE CAN AKINSAL(3) NUMAN BAYDİLLİ(3) GÖKHAN SÖNMEZ(3) HALİL TOSUN(3)

1. Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kayseri
2. Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı,
3. Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

AMAÇ

Enükleasyon cerrahileri sonrası geçici stres üriner inkontinans (SÜİ), erken postoperatif dönemde yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir komplikasyondur. Büyük prostatlarda apeks düzeyindeki diseksiyonun eksternal üriner sfinktere daha yakın yapılması nedeniyle SÜİ riskinin artabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada preoperatif prostat hacmi ile postoperatif erken dönem SÜİ arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı

GEREÇ-YÖNTEM

Mart 2025–Mart 2026 tarihleri arasında HoLEP veya ThuLEP uygulanan 211 hastadan oluşan prospektif kohortun kontinans odaklı alt analizi gerçekleştirildi. Preoperatif prostat hacmi transrektal ultrasonografi veya manyetik rezonans görüntüleme ile ölçüldü. Kontinans durumu postoperatif 1. ve 3. aylarda standardize formlarla değerlendirildi. Hastalar prostat hacmine göre <60 mL, 60–100 mL, 100–200 mL ve >200 mL olmak üzere dört gruba ayrıldı. İstatistiksel analizlerde ki-kare testi, Mann–Whitney U testi ve point-biserial korelasyon analizi kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 211 hastanın ortalama preoperatif prostat hacmi 90,3±59,3 mL (15–600 mL) olup HoLEP ve ThuLEP grupları arasında prostat hacmi açısından fark saptanmadı (p=0,804). Postoperatif 1. ayda stres üriner inkontinans oranı prostat hacmi arttıkça belirgin şekilde yükseldi (<60 mL: %16,9; 60–100 mL: %35,1; 100–200 mL: %37,5; >200 mL: %28,6; p=0,040). Üçüncü ayda tüm gruplarda SÜİ oranları azalmasına rağmen büyük prostat hacmine sahip hastalarda daha yüksek seyretmeye devam etti (%8,5; %14,3; %19,6 ve %14,3). Birinci ayda SÜİ gelişen hastalarda ortalama prostat hacmi, kontinansını koruyan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksekti (107,2±78,1 mL'ye karşı 83,2±48,0 mL; p=0,0025). Ayrıca prostat hacmi ile postoperatif SÜİ gelişimi arasında zayıf ancak anlamlı pozitif korelasyon saptandı (r=0,184; p=0,007).

SONUÇ

Preoperatif prostat hacmi arttıkça enükleasyon cerrahisi sonrası erken dönem stres üriner inkontinans riski artmaktadır. Özellikle 100 mL ve üzerindeki prostat hacmine sahip hastalarda cerrahi öncesi hasta danışmanlığında geçici SÜİ riski ayrıntılı olarak paylaşılmalı ve cerrahi sırasında apeks diseksiyonu ile eksternal sfinkter korunmasına azami özen gösterilmelidir.

SB-313) YOUTUBE'DA İNFERTİLİTE HASTALIĞINA YÖNELİK TÜRKÇE VE İNGİLİZCE VİDEOLARIN İÇERİK, KALİTE VE GÜVENİLİRLİK AÇISINDAN KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

İBRAHİM CAN AYKANAT(1) BUĞRA CİDANİ(1) MUHAMMED ÇAKIR(1) ÇAĞDAŞ ŞENEL(1) ŞAKİR ONGÜN(1)

1. BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

İnfertilite, üreme çağındaki çiftlerin yaklaşık %10–15'in de görülen ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir küresel sağlık sorunudur. Toplumsal kaygılar, utanma ve psikolojik nedenlerle bazı bireyler sağlık hizmetine başvurmayı geciktirebilmekte ve bilgi edinmek amacıyla internet tabanlı kaynaklara yönelmektedir. Ancak bu platformlarda yer alan içeriklerin kalitesi ve güvenilirliği değişkenlik gösterebilmekte ve yanıltıcı bilgiler içerebilmektedir.

Bu çalışmada, YouTube platformunda yer alan infertilite ile ilgili Türkçe ve İngilizce videoların içerik, kalite ve güvenilirlik açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu gözlemsel kesitsel çalışmada, 1–15 Ocak 2026 tarihleri arasında YouTube'da Türkçe ('infertilite') ve İngilizce ('infertility') anahtar kelimeleri kullanılarak, çıkış yapılmış (non-personalized) modda gerçekleştirilen aramalarda her dil için ilk 100 video değerlendirildi. Bilgilendirici içerikler dahil edilirken; konu dışı veya yanıltıcı videolar, tekrarlayan içerikler, 1 dakikadan kısa (Shorts) videolar ile ses veya görüntü kalitesi yetersiz videolar dışlandı. Videoların izlenme ve etkileşim özellikleri ile kalite ve güvenilirliği JAMA, Modifiye DISCERN ve Global Quality Score (GQS) kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR

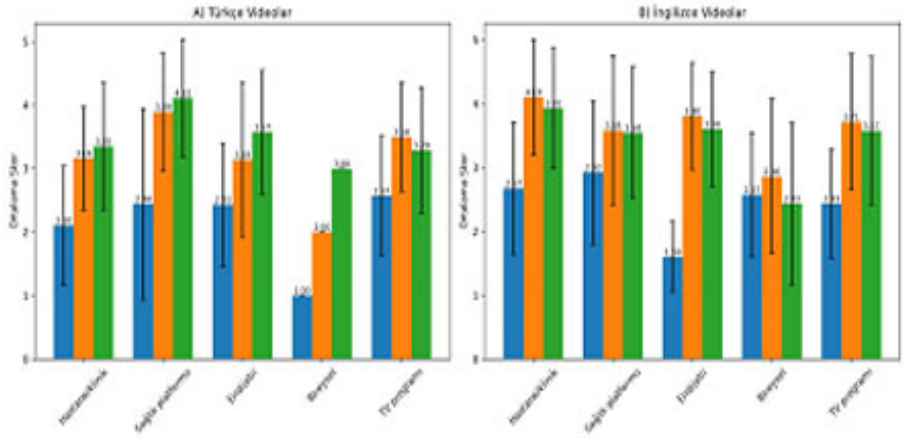
Toplam 200 video analiz edildi. İngilizce videolar Türkçe videolara göre daha uzun süreli olup daha yüksek izlenme, beğeni ve izlenme oranına sahipti (tümü $p<0,001$).

Kanıta dayalı olmayan bilgi Türkçe videolarda %22, İngilizce videolarda %11 oranında saptandı ($p=0,036$). JAMA (2,6±1,0 vs 2,2±1,0; $p=0,003$), Modifiye DISCERN (3,8±1,0 vs 3,2±0,8; $p<0,001$) ve GQS (3,7±0,9 vs 3,3±1,0; $p<0,001$) skorları İngilizce videolarda anlamlı olarak daha yüksekti.

Kılavuz dışı bilgi (%12 vs %11; $p=0,825$) ve abartılı/gerçek dışı vaatler (%5 vs %2; $p=0,248$) açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.

SONUÇ

İnfertilite ile ilgili İngilizce YouTube videoları, Türkçe içeriklere kıyasla daha yüksek kalite ve güvenilirlik sunmaktadır. Türkçe videolarda kanıta dayalı olmayan bilginin daha sık görülmesi, dijital sağlık okuryazarlığını desteklemek amacıyla akademik kurumlar ve mesleki derneklerin çevrimiçi içerik üretiminde daha etkin rol üstlenmesi gerektiğini göstermektedir.



Kanıta dayalı olmayan bilgi Türkçe videolarda %22, İngilizce videolarda %11 oranında saptandı (p=0,036). JAMA (2,6±1,0 vs 2,2±1,0; p=0,003), Modifiye DISCERN (3,8±1,0 vs 3,2±0,8; p<0,001) ve GQS (3,7±0,9 vs 3,3±1,0; p<0,001) skorları İngilizce videolarda anlamlı olarak daha yüksekti.

Tablo 1. İnfertilite ile İlgili Türkçe ve İngilizce YouTube Videolarının İçerik Özellikleri, Kalite ve Güvenilirlik Skorlarının Karşılaştırılması

Parametre	Türkçe (n=100)	İngilizce (n=100)	p
Video süresi (sn)	240.5 (107.75-453.25)	866.5 (473.25-1854.0)	**<0.001***
İzlenme sayısı	265.0 (104-986)	7856.5 (471.0-51193.5)	**<0.001***
Beğeni sayısı	3 (0-8.75)	232 (12.25-806.25)	**<0.001***
İzlenme oranı	0.31 (0.10-0.99)	8.1 (0.85-45.1)	**<0.001***
Videoyu yüklenme tarihinden geçen süre	1240.0 (621.75-1861.75)	1241.5 (634-2046)	0.469
Kanıta dayalı olmayan bilgi	22 (%22)	11 (%11)	**0,036***
Abartılı veya Gerçek dışı vaatler	5 (5)	2 (2)	0,248
Kılavuz dışı bilgi	12 (12)	11 (11)	0,825
JAMA skoru	2.2 ± 1.0	2.6 ± 1.0	**0.003***
Modifiye DISCERN skoru	3.2 ± 0.8	3.8 ± 1.0	**<0.001***
Küresel Kalite Skoru (GQS)	3.3 ± 1.0	3.7 ± 0.9	**<0.001***

Veriler median sayı (çeyreklik dilim) olarak sunulmaktadır.
Kılavuz dışı bilgi (%12 vs %11; p=0,825) veabartılı/gerçekdışıvaatler (%5 vs %2; p=0,248) açısındangruplararasındaanlamlıfarksaptanmadı.

SB-314) PREOPERATİF ÜRODİNAMİK DEĞERLENDİRMENİN ÜRİNER RETANSİYON NEDENİYLE CERRAHİ PLANLANAN NON-NÖROJENİK LUTS HASTALARINDA TEDAVİ KARARI VE POSTOPERATİF SONUÇLARA ETKİSİ

EFE SEMETEY OGUZ(1) MUAMMER BABAYİĞİT(2) MUSTAFA ALKAN OKTAR(3) AHMET FURKAN ÖZSOY(4)

1. Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi
2. UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
3. BİTLİS DEVLET HASTANESİ
4. BEYŞEHİR DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

Basınç-akım çalışması, mesane çıkım obstrüksiyonu ve detrüsor kontraktilitesinin değerlendirilmesinde altın standart yöntemdir. Ancak non-nörojenik alt üriner sistem semptomları nedeniyle medikal tedavi altında iken üriner retansiyon gelişen ve TURP planlanan hastalarda rutin preoperatif ürodinamik değerlendirmenin klinik katkısı tartışmalıdır. Bu çalışmada preoperatif ürodinamik değerlendirmenin cerrahi kararı ve postoperatif sonuçlara etkisi araştırıldı.

GEREÇ-YÖNTEM

Eylül 2024-Nisan 2026 tarihleri arasında medikal tedavi altında iken üriner retansiyon gelişen, kateter çekme denemesi (trial without catheter, TWOC) başarısız olan ve TURP planlanan non-nörojenik erkek hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Nörojenik mesane, önceki alt üriner sistem cerrahisi, üretra darlığı, prostat kanseri ve sekonder retansiyon nedenleri dışlandı. Hastalar preoperatif ürodinamik değerlendirme yapılan ve yapılmayan gruplar olarak karşılaştırıldı. İşeme fazında efektif idrar akımı elde edilemediğinden BOOI ve BCI hesaplanamadı; detrüsor kontraktilitesi Pdetmax değerine göre korunmuş (?40 cmH^2O), zayıf (10–39 cmH^2O) ve akontraktil (<10 cmH^2O) olarak sınıflandırıldı. Primer sonlanım noktası cerrahi kararının değişmesi, sekonder sonlanım noktaları katetersiz spontan işeme, Qmax ve PVR idi.

BULGULAR

Toplam 56 hasta değerlendirildi; 34'üne preoperatif ürodinamik değerlendirme uygulanırken 22 hasta doğrudan TURP uygulandı. Gruplar demografik ve klinik özellikler açısından benzerdi (tüm p>0,05). Ürodinamik değerlendirme yapılan grupta operasyona kadar geçen süre daha uzundu (20,8±8,2 vs 6,9±2,1 gün; p<0,001). Detrüsor kontraktilitesi 16 hastada (%47,1) korunmuş, 11'inde (%32,4) zayıf ve 7'sinde (%20,6) akontraktil bulundu. Ürodinamik değerlendirme yalnızca iki hastada (%5,9) cerrahi kararını değiştirdi ve her iki akontraktil hastada, hasta ile ortak karar ile cerrahiden vazgeçildi. Cerrahi uygulanan hastalarda katetersiz spontan işeme (%93,8 vs %86,4; p=0,388), Qmax (16,2±5,0 vs 16,1±6,2 mL/sn; p=0,995) ve PVR (127 vs 91 mL; p=0,218) açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.

SONUÇ

Bu seçilmiş hasta grubunda preoperatif ürodinamik değerlendirme cerrahi kararını yalnızca %5,9 hastada değiştirmiş, buna karşın operasyona kadar geçen süreyi anlamlı olarak uzatmıştır. Cerrahi uygulanan hastalarda postoperatif katetersiz spontan işeme, Qmax ve PVR açısından anlamlı fark izlenmemiştir. Bulgularımız, bu hasta grubunda rutin preoperatif ürodinamik değerlendirmenin gerekliliğinin yeniden değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Ancak bu sonuçlar retrospektif tasarım ve sınırlı örneklem büyüklüğü nedeniyle dikkatle yorumlanmalı; hasta seçim kriterlerini daha net ortaya koyacak prospektif, çok merkezli çalışmalarla doğrulanmalıdır.

Sonlanım noktası	Preoperatif ürodinamik değerlendirme uygulanmayan (n=22)	Preoperatif ürodinamik değerlendirme uygulanan (n=34)	p
Cerrahi tedavi kararında değişiklik, n (%)	-	2 (5,9)	-
Kateterizasyon ile TURP arasındaki süre (gün)	6,9 ± 2,1	20,8 ± 8,2	<0,001
Katetersiz spontan işeme, n (%)	19 (86,4)	30 (93,8)	0,388
Qmax (mL/sn)	16,1 ± 6,2	16,2 ± 5,0	0,995
PVR (mL)	91 (24–298)	127 (39–295)	0,218

Preoperatif Ürodinamik Değerlendirmenin Tedavi Kararı ve Cerrahi Sonuçlara Etkisi

SB-315) PENİL FRAKTÜRDE KORUNMUŞ ÜRETRA İLE BİLATERAL KORPORAL RÜPTÜR: DEMONSTRATİF BİR OLGU SUNUMU

MUHAMMED TALHA ADAKUL(1) PROF DR YILMAZ ASLAN(1) MURAT BUĞRA ÇOLAK(1) OP DR DORUK DEMİREL(1) DOÇ DR TANJU KETEN(1)

1. ANKARA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Penil fraktür, ereksiyon sırasında tunika albugineanın rüptürüne bağlı olarak gelişen, seyrek görülen bir ürolojik acildir. Korpora kavernozanın bilateral rüptürü nadirdir ve tipik olarak, sıklıkla üretral rekonstrüksiyon gerektiren eşlik eden bir üretra yaralanmasıyla ilişkilidir. Bu çalışmada, cinsel ilişki sırasında meydana gelen künt penil travma sonrasında üretral mukozanın korunduğu, nadir bir bilateral korporal rüptür olgusunu sunuyoruz.

GEREÇ-YÖNTEM

Elli yaşında erkek, ani detümesans, peniste şişlik ve karakteristik patlıcan deformitesini içeren penil fraktürün klasik klinik bulgularıyla tarafımıza başvurdu. Ultrasonografi ile klinik tanı desteklendi ve sirkümferansiyel subkoronal degloving insizyonu ile cerrahi eksplorasyon uygulandı. İntraoperatif olarak, yüzeyel bir üretral serozal yaralanmayla birlikte bilateral korporal rüptürler saptandı. Sirkümferansiyel üretral mobilizasyon ve doğrudan inspeksiyonun ardından üretral mukozanın sağlam olduğu doğrulandı. Her iki korporal defekt de emilebilir sütürlerle primer olarak onarıldı.

BULGULAR

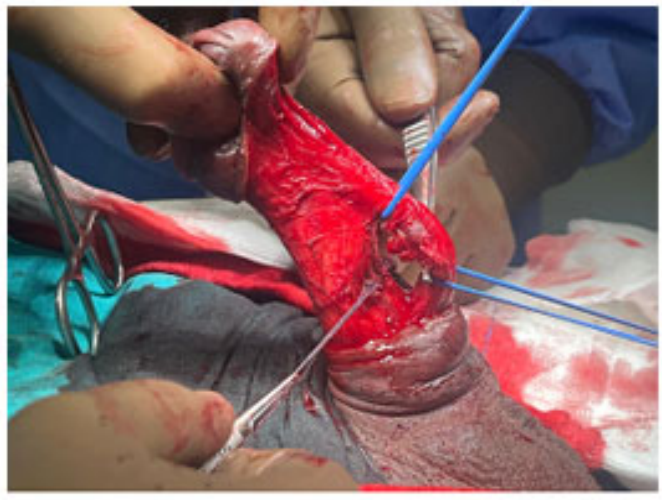
Postoperatif dönem sorunsuz seyretti hasta önerilerde postoperatif 2. Gününde taburcu edildi. Birinci ay kontrolünde hastanın miksiyon ve ereksiyon fonksiyonlarının korunduğu; penil kurvatür, üretral darlık veya başka bir komplikasyon gelişmediği görüldü.

SONUÇ

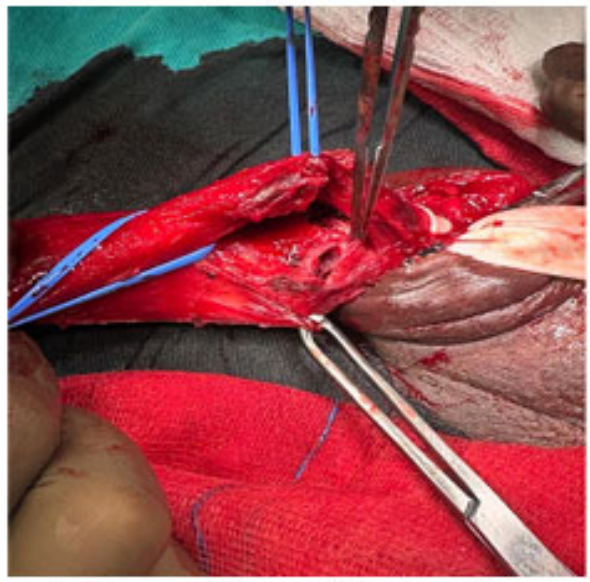
Bu olgu, bilateral korporal rüptürün her zaman üretral bütünlüğün bozulduğu anlamına gelmediğini vurgulamaktadır. Uygun cerrahi yönetime yön vermek ve gereksiz üretral rekonstrüksiyondan kaçınmak açısından dikkatli intraoperatif üretral mobilizasyon ile mukozal bütünlüğün doğrudan değerlendirilmesi açısından önem teşkil etmektedir.



Şekil 1. Hastanın acil servis başvurusunda var olan penil fraktür ile karakterize patlıcan deformitesi görüntüsü



Şekil 2. Daha dikkatli bir inspeksiyon için çevre dokulardan serbestleştirilmiş ve askıya alınmış üretra.



Şekil 3.Üretral yaralanma olmaksızın bilateral korporalrüptür .

SB-316) PENİL PROTEZ ENFEKSİYONUNDA PREOP NÖTROFİL/LENFOSİT ORANININ ÖNGÖRÜCÜ DEĞERİ

ALİ ERHAN EREN(1) TALİP KAHİLOĞULLARI(1) AKIN ZAMANLAR(1) OZAN AKGÜL(1) BARAN ARSLAN(1) MAHMUT EKREM İSLAMOĞLU(1)

1. ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Penis protezi implantasyonu (PPİ), medikal tedaviye dirençli erektil disfonksiyonda altın standart cerrahi tedavidir; ancak protez enfeksiyonu en ciddi komplikasyonlardandır ve sıklıkla eksplantasyonla sonuçlanır. Ucuz ve non-invaziv bir subklinik inflamasyon göstergesi olan nötrofil-lenfosit oranının (NLO) çeşitli cerrahi girişimlerde prognostik değeri bildirilmiştir. Bu çalışmada preoperatif NLO'nun PPİ sonrası enfeksiyonu öngörmedeki değerini araştırmayı ve bu performansı yerleşik bir metabolik belirteç olan HbA1c ile karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2023–Ocak 2025 arasında primer veya revizyon PPİ uygulanan ardışık 183 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. En az altı aylık takipte cerrahi müdahale (eksplantasyon, debridman veya kurtarma) gerektiren enfeksiyon gelişen hastalar Enfeksiyon Grubu, komplikasyon gelişmeyenler Enfeksiyon Olmayan Grup olarak sınıflandırıldı. Preoperatif rutin tetkiklerden elde edilen tam kan sayımı parametreleri, NLO, CRP ve HbA1c düzeyleri karşılaştırıldı. Normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenler medyan (IQR) olarak verildi ve Mann-Whitney U testiyle analiz edildi. Korelasyonlar Spearman katsayısı (rs) ile değerlendirildi; $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Yüz seksen üç hastanın 25'inde (%13,6) cerrahi müdahale gerektiren protez enfeksiyonu gelişti. Gruplar arasında yaş (medyan 62,0'ye karşı 61,0 yıl; p=0,460), boy (p=0,184), kilo (p=0,153) ve VKİ (p=0,746) açısından fark yoktu. Toplam lökosit (p=0,852), mutlak nötrofil (p=0,975), mutlak lenfosit (p=0,439) ve CRP (p=0,377) düzeyleri de benzerdi. Preoperatif NLO enfeksiyon olmayan grupta 2,31 (IQR 1,71–3,11), enfeksiyon grubunda 2,41 (IQR 1,73–3,14) idi ve iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı (p=0,849); NLO ile enfeksiyon arasında korelasyon izlenmedi (rs=-0,015; p=0,849). Buna karşılık HbA1c enfeksiyon grubunda (medyan %7,4; IQR 6,1–8,9) enfeksiyon olmayan gruba (%6,3; IQR 5,7–7,3) göre anlamlı yüksekti (p=0,019) ve enfeksiyon gelişimiyle pozitif korelasyon gösterdi (rs=0,174; p=0,019).

SONUÇ

Bulgularımız, preoperatif NLO'nun PPİ sonrası enfeksiyon gelişimini öngörmedeki değerinin sınırlı olabileceğini düşündürmektedir. Periferik kan hücre oranlarının, kronik hipergliseminin yol açtığı mikrovasküler ve immün fonksiyon bozukluğunu ve lokal doku perfüzyonunu yansıtmakta yeterli olmayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu doğrultuda, preoperatif risk değerlendirmesinde HbA1c ile izlenen glisemik kontrolün ön planda tutulmasının daha yararlı olabileceği düşünülmektedir. Bu ilişkinin prospektif ve daha geniş serilerle doğrulanması gerekmektedir.

SB-317) CİDDİ KONJENİTAL VENTRAL PENİL KURVATÜRÜN TAM ÜRETRAL MOBİLİZASYON VE VENTRAL KORPORAL GREFTLEME İLE DÜZELTİLMESİ: OLGU SUNUMU

HÜSEYİN MERT DURAK(1) SAMET KIPIK(1) ENES ŞENER(2) MUSTAFA KÖSE(1) AHMET SARITÜRK(2) KUBİLAY SARIKAYA(1)

1. ankara etlik şehir hastanesi
2. ankara etlik şehir hastanesi

AMAÇ

Ciddi ventral penil kurvatür, koitusu engellediğinde önemli fonksiyonel ve psikoseksüel morbiditeye yol açabilir. Hafif-orta dereceli kurvatürlerde Nesbit gibi kısaltıcı teknikler etkili olsa da, ciddi ventral deformitelerde penis uzunluğunu koruyan tunikal uzatma ve greftleme yaklaşımları tercih edilebilir. Bu olgu sunumunda koitusa engel olan edinsel ciddi ventral penil kurvatürlü bir hastada tam üretral mobilizasyon sonrası bovin perikardiyal greft ile ventral tunikal rekonstrüksiyon tekniği ve kısa dönem fonksiyonel sonuçlarımız sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

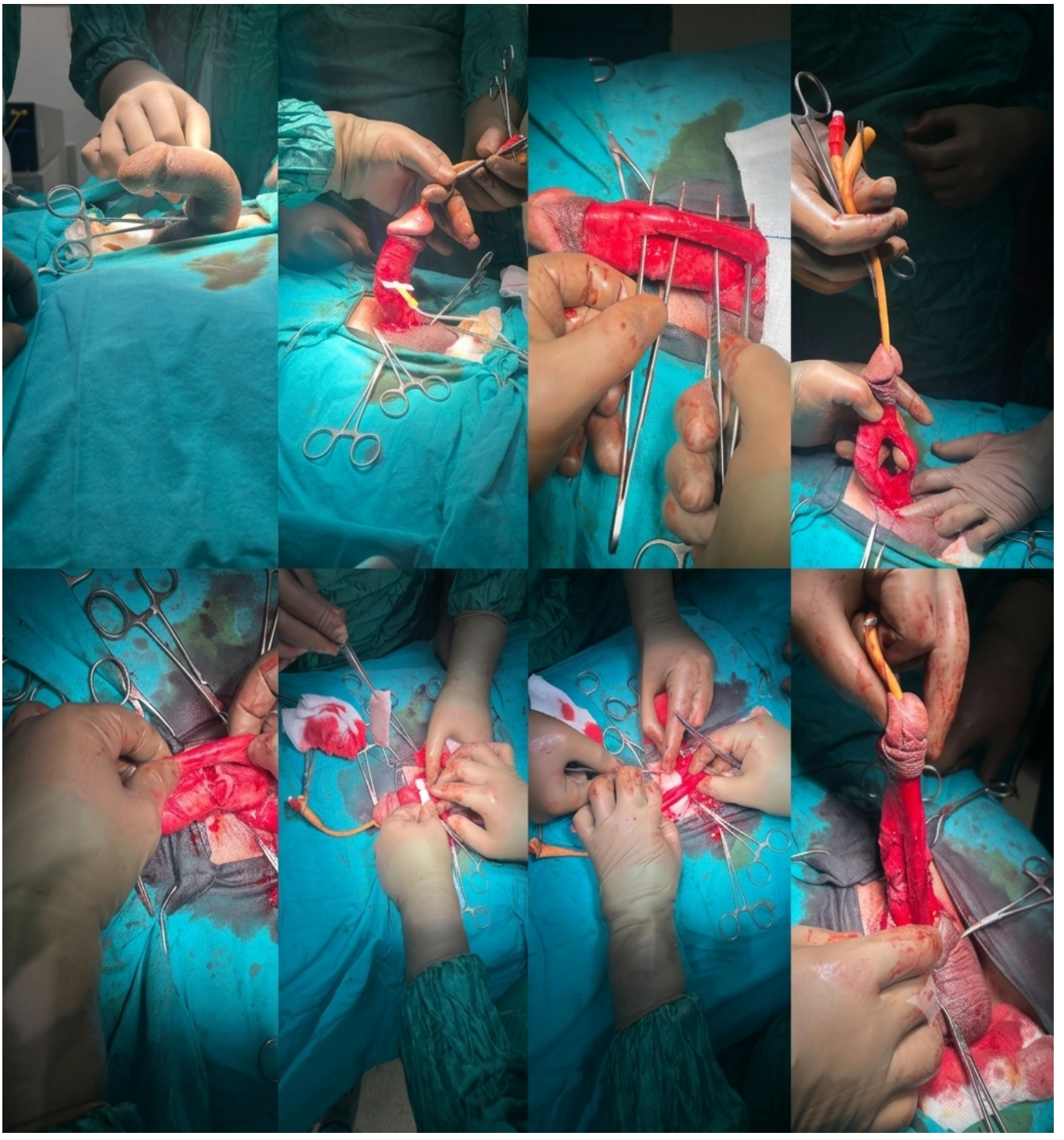
56 yaşında erkek hasta, 2 yıldır mevcut olan ve koitusa engel olan ventral penil eğrilik şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Anamnezde hastanın ereksiyonlarının ağrısız olduğu öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde diabetes mellitus mevcuttu; geçirilmiş penil veya üretral cerrahi öyküsü yoktu. Preoperatif değerlendirmede ereksiyon fonksiyonu IIEF-5 skoru ile değerlendirildi ve skor 16 olarak saptandı. Klinik ve intraoperatif değerlendirmede ventrale doğru yaklaşık 60 derecelik ciddi penil kurvatür izlendi. Kurvatürün şiddeti, ventral yerleşimi ve cinsel birleşmeye engel olması nedeniyle kısaltıcı cerrahi yerine ventral tunikal uzatma ve greftleme yaklaşımı tercih edildi.

BULGULAR

Genel anestezi altında penil sirkümsizyon hattından insizyon yapılarak penis deglove edildi. Üretral kateterizasyon sonrası üretra dikkatli diseksiyonla korporal cisimlerden tamamen serbestlendi ve ventral yüzey ortaya konuldu. Maksimal kurvatür hattında ventral korporotomi yapıldı. Tunikal defekt, uygun boyutta bovin perikardiyal greft ile tension-free kapatıldı. Greft sonrası yapay ereksiyon testi ile aks değerlendirildi ve rezidü kurvatür izlenmedi. İntraoperatif komplikasyon gelişmedi.
Erken postoperatif dönemde komplikasyon izlenmedi. Üçüncü ayda rezidü kurvatür saptanmadı ve fonksiyonel olarak başarılı düzleşme elde edildi. IIEF-5 skoru 21'e yükseldi. Üroflowmetride Qmax 21 mL/sn, ortalama akım 18 mL/sn ve işenen hacim 406 mL idi. Bu bulgularla üretral obstrüksiyon veya fonksiyonel sorun saptanmadı.

SONUÇ

Cinsel birleşmeyi engelleyen ciddi ventral penil kurvatürde, penis uzunluğunu korumayı hedefleyen seçilmiş hastalarda tam üretral mobilizasyon eşliğinde ventral tunikal greftleme uygulanabilir bir seçenektir. Bu olguda bovin perikardiyal greft ile yapılan rekonstrüksiyon sonrası üçüncü ayda rezidü kurvatür izlenmemiş, erektil fonksiyon iyileşmiş ve üretral fonksiyon normal bulunmuştur. Ancak greft kontraksiyonu, rekürrens ve fonksiyonel komplikasyonlar açısından uzun dönem takip gereklidir.



SB-318) COVID-19 PANDEMİSİNİN SEKSÜEL PARAMETRELER VE BİREYİN PENİS BOYUTUNA İLİŞKİN ALGISI ÜZERİNE ETKİLERİ

ENGİN DEREKÖYLÜ(1) OKAN BAZ(1) UĞUR AYDIN(1)

1. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

COVID-19 pandemisi, biyolojik etkilerinin yanı sıra psikososyal sonuçları nedeniyle erkek cinsel sağlığını etkileyebilecek önemli bir süreç oluşturmuştur. Bu çalışmada COVID-19 enfeksiyonu, pandemi döneminde değişen pornografi tüketimi ve bunların seksüel fonksiyonlar ile bireyin penis boyutuna ilişkin algısı üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu kesitsel çalışmaya üroloji polikliniğine başvuran 40 yaş altı 191 erkek gönüllü dahil edildi. Katılımcılar çevrimiçi anket yöntemi ile değerlendirildi. Demografik veriler, COVID-19 enfeksiyonu ve aşılanma durumu, pornografi tüketimindeki değişiklikler ve penis boyutuna ilişkin algılar sorgulandı. Seksüel fonksiyonlar pandemi öncesi ve sonrası dönemler için IIEF-EF, PEDT ve ASEX kullanılarak değerlendirildi. Gruplar Mann-Whitney U testi, Pearson Ki-kare testi ve Mixed Repeated Measures ANOVA ile karşılaştırıldı. $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Katılımcıların 86'sı (%45) COVID-19 enfeksiyonu geçirmişti. COVID-19 öyküsü bulunan grupta ASEX skorlarındaki değişim anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,03$). IIEF-EF ve PEDT skorlarında anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla $p=0,06$ ve $p=0,054$). Pornografi tüketiminde artış bildiren katılımcılarda IIEF-EF skorlarındaki değişim anlamlı bulundu ($p=0,02$). Bu grupta prematür ejakülasyon algısı (%35,6'ya karşı %12,9; $p<0,001$) ve cinsel yetersizlik düşüncesi (%41,1'e karşı %7,9; $p<0,001$) anlamlı olarak daha yüksekti. Penis boyundan memnuniyetsizlik oranı daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (%27,8'e karşı %16,8; $p=0,06$).

SONUÇ

COVID-19 enfeksiyonu ile seksüel fonksiyonlar arasında sınırlı ilişki saptanmıştır. Buna karşın pandemi döneminde ortaya çıkan davranışsal değişiklikler, özellikle artmış pornografi tüketimi, cinsel yetersizlik algısı ve prematür ejakülasyon düşüncesi ile güçlü ilişki göstermiştir. Erkek cinsel sağlığı üzerindeki etkiler biyolojik faktörlerin yanı sıra psikososyal faktörlerle de ilişkilidir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişken	Değer
Toplam katılımcı sayısı	191
Yaş, medyan (min-maks)	23 (18–55)
VKİ, medyan (min-maks)	25.2 (16.4–45.3)
COVID-19 enfeksiyonu geçiren	86 (%45.0)
COVID-19 enfeksiyonu geçirmeyen	105 (%55.0)
Pornografi tüketiminde artış bildiren	90 (%47.1)
Pornografi tüketiminde artış bildirmeyen	101 (%52.9)

Tablo 2. COVID-19 enfeksiyonu öyküsüne göre demografik özellikler ve seksüel fonksiyon skorlarının karşılaştırılması

Değişken	COVID (+) n=86	COVID (-) n=105	p
Yaş, yıl, medyan (min-maks)	23 (18–55)	23 (18–49)	0.06
VKİ, kg/m^2, medyan (min-maks)	25.3 (18.4–45.3)	25.2 (16.4–39.2)	0.94
IIEF-EF (Pre-COVID)	20.13 ± 4.03	20.63 ± 4.31	
IIEF-EF (Post COVID)	19.66 ± 4.57	20.93 ± 4.12	0.06
ASEX (Pre-COVID)	10.87 ± 3.44	11.12 ± 4.07	
ASEX (Post-COVID)	11.48 ± 4.16	10.85 ± 3.80	**0.03**
PEDT (Pre-COVID)	9.23 ± 4.38	8.22 ± 4.53	
PEDT (Post-COVID)	8.93 ± 4.82	7.24 ± 4.29	0.054

* Mann–Whitney U testi ve Mixed Repeated Measures ANOVA kullanılmıştır.

Tablo 3. Pornografi tüketimindeki artış durumuna göre seksüel fonksiyonlar ve cinsel algıların karşılaştırılması

Değişken	Porno (+) n=90	Porno (-) n=101	p
Yaş, yıl, medyan (min-maks)	22 (18–49)	24 (18–45)	**0.004**
VKİ, kg/m^2, medyan (min-maks)	25.15 (18.8–36.5)	25.40 (16.4–45.3)	0.464
IIEF-EF (Pre-COVID)	20.21 ± 4.04	20.57 ± 4.32	
IIEF-EF (Post-COVID)	19.68 ± 4.40	20.96 ± 4.25	**0.02**
ASEX (Pre-COVID)	11.20 ± 3.98	10.84 ± 3.63	
ASEX (Post-COVID)	11.32 ± 4.14	10.98 ± 3.82	0.96
PEDT (Pre-COVID)	9.68 ± 4.22	7.78 ± 4.53	
PEDT (Post-COVID)	9.03 ± 4.60	7.08 ± 4.42	0.915
Prematür ejakülasyon, n (%)	32 (35.6)	13 (12.9)	**<0.001**
Penis boyundan memnun değil, n (%)	25 (27.8)	17 (16.8)	0.06
Penis büyütme düşüncesi, n (%)	10 (11.1)	7 (6.9)	0.31
Cinsel yetersizlik düşüncesi, n (%)	37 (41.1)	8 (7.9)	**<0.001**

* Mann–Whitney U testi, Mixed Repeated Measures ANOVA ve Pearson Ki-kare testi kullanılmıştır.

SB-319) SUPİN PCNL SONRASI SIRS'İN ERKEN TANISINDA PERİOPERATİF HEMATOLOJİK İNDEKSLER

GÜNAL ÖZGÜR(1) ORHAN BUĞRA DURAN(2) DOĞANCAN DÖRÜCÜ(2) ERSİN GÖKMEN(1) YUNUS EMRE GENÇ(1) YILÖREN TANIDIR(3) TARIK EMRE ŞENER(2)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
3. MEDİCANA HASTANESİ

AMAÇ

Bu çalışmada, supin perkütan nefrolitotomi (PCNL) sonrası gelişen postoperatif sistemik inflamatuvar yanıt sendromu (SIRS) ile perioperatif hematolojik parametreler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ve hematolojik inflamasyon indeksleri ile akut faz reaktanlarının prediktif performansının araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Supin PCNL uygulanan erişkin hastalar retrospektif olarak analiz edildi. Hematolojik parametreler preoperatif dönemde, erken postoperatif dönemde ve postoperatif 1. günde değerlendirildi. Trombosit-lenfosit oranı (PLR), sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII) ve nötrofil-lenfosit oranı (NLR) hesaplandı. Hastalar postoperatif SIRS gelişimine göre karşılaştırıldı. Prediktif performansı değerlendirmek amacıyla ROC analizi yapıldı.

BULGULAR

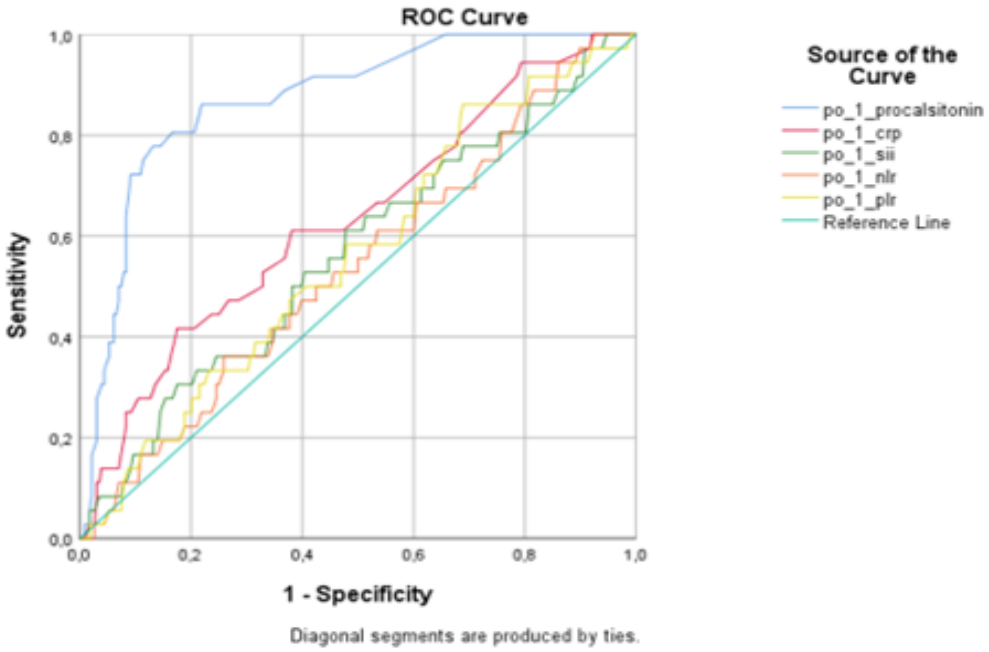
Toplam 264 hastanın 36'sında (%13,6) postoperatif SIRS gelişti. SIRS gelişen hastalarda Clavien-Dindo ?2 komplikasyon oranı daha yüksek (%72,2 vs. %5,6; p<0,001) ve hastanede yatış süresi daha uzundu. Gruplar demografik ve taş özellikleri açısından büyük ölçüde benzerdi; ancak SIRS grubunda kadın cinsiyet oranı daha yüksek, ortalama taş dansitesi daha düşük ve taş kültür pozitifliği daha fazlaydı (p<0,05). Renal pelvis idrar kültür pozitifliği ve operasyon süresi de bu grupta daha yüksekti; operasyon süresi sınırda anlamlıydı (p?0,05).

Preoperatif hematolojik parametreler genel olarak benzer olup yalnızca MPV, SIRS gelişen hastalarda daha düşüktü (p=0,026). Erken postoperatif dönemde lenfosit sayısı daha yüksek, MPV ve PLR daha düşük; postoperatif 1. günde ise MPV daha düşük, CRP ve prokalsitonin daha yüksek saptandı (p<0,05). Buna karşılık WBC, nötrofil, trombosit, RDW, SII ve NLR açısından anlamlı fark izlenmedi. Her iki grupta da perioperatif hematolojik değişiklikler görülse de bunlar SIRS gelişimini ayırt etmede yeterli olmadı. ROC analizinde en iyi ayırt edici performansı prokalsitonin gösterdi (AUC=0,871; p<0,001), bunu CRP izledi (AUC=0,633; p=0,01). Prokalsitonin için 0,475 ng/mL eşik değeri %55,6 duyarlılık ve %91,7 özgüllük, CRP için 8,5 mg/L eşik değeri ise %61,1 duyarlılık ve %52,6 özgüllük sağladı. SII, NLR ve PLR anlamlı ayırt edici performans göstermedi.

SONUÇ

Yaygın olarak kullanılan hematolojik inflamasyon indeksleri, PCNL sonrası SIRS gelişimi için preoperatif risk sınıflamasında yararlı bulunmamıştır. Buna karşılık, postoperatif dönemde özellikle prokalsitonin ve daha sınırlı olarak CRP, erken tanıda daha iyi ayırt edici performans göstermektedir. Bu bulgular, bu belirteçlerin preoperatif risk öngörüsünden ziyade erken postoperatif dönemde kullanımının daha uygun olduğunu desteklemektedir.

Şekil 1. Postoperatif SIRS'i öngörmede inflamatuvar belirteçlerin ROC analizi



Şekil 1. Prokalsitonin en yüksek ayırt edici performansı göstermiştir (AUC=0,871; %95 GA: 0,812–0,93; p<0,001); bunu C-reaktif protein (CRP) izlemiştir (AUC=0,633; %95 GA: 0,534–0,733; p=0,01). Buna karşılık, sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII), nötrofil-lenfosit oranı (NLR) ve trombosit-lenfosit oranı (PLR) zayıf ayırt edici performans göstermiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). Postoperatif 1. gün için ≥0,475 ng/mL prokalsitonin eşik değeri %55,6 duyarlılık ve %91,7 özgüllük sağlarken, yaklaşık ≥8,5 mg/L CRP eşik değeri postoperatif SIRS öngörüsünde %61,1 duyarlılık ve %52,6 özgüllük sağlamıştır.

SB-320) MULTİPLE FRAGMENTE ENKRUSTE DJ STENT: TEK SEANSTA SİSTOLİTOTRİPSİ, URS VE MİNİ-PCNL İLE BAŞARILI ENDOÜROLOJİK GİRİŞİM

CEYHUN ÖZDEMİROĞLU(1) TARIK EMRE ŞENER(1)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Bu vaka sunumunda, beş yıl boyunca vücutta unutulmuş, dört parçaya fragmente olmuş ve böbrek, üreter ve mesane boyunca çok seviyeli enkrustasyon gelişmiş DJ stentin tek seansta minimal invazif endoürolojik yöntemle çıkarıldığı olgu sunulmuştur.

GEREÇ-YÖNTEM

47 yaşında erkek hasta, yaklaşık altı yıl önce dış merkezde DJ stent takıldığını ancak planlanan operasyon ve kontrollerine devam etmediğini belirterek sol flank ağrısı ve dizüri şikayeti ile başvurdu. Abdomen BT ve DÜSG'de DJ stentin böbrek, üreter ve mesane hattında toplam dört parçaya fragmente olduğu ve tüm segmentlerde ileri derecede enkrustasyon geliştiği görüldü. Sol böbrekte Grade 3 hidronefroz ve renal pelviste yaklaşık 4 cm taş saptandı.

Laboratuvar incelemelerinde Hgb 15.3 g/dL, WBC 17100/µL, kreatinin 1.05 mg/dL, CRP 116.5 mg/L, prokalsitonin 0.17 µg/L olup tam idrar tetkikinde piyüri ve idrar kültüründe Enterobacter üremesi mevcuttu. Enfeksiyon varlığı nedeniyle sol perkütan nefrostomi kateteri yerleştirildi ve cerrahi planlandı.

Cerrahi işlem modifiye supin Galdakao-Valdivia pozisyonunda gerçekleştirildi. İlk aşamada sistoskopide mesane içerisinde yaklaşık 3 cm boyutunda, distal ucu tamamen enkruste DJ stent segmenti izlendi. Sistolitotripsi uygulanarak taşlar fragmente edildi ve distal segment yabancı cisim forcepsi ile çıkarıldı. Ardından sol üreter orifisinde görülen iki fragmente stent segmenti forceps ile çıkarıldı. Tanısal URS'de üreter bütünlüğünün korunduğu ve ek taş yükü olmadığı görüldü.

Sonrasında renal pelviste bulunan yaklaşık 4 cm boyutundaki enkruste proksimal stent segmenti için mini-PCNL uygulandı. Sol böbrek orta-alt kaliksten 12/16 Fr Amplatz sheath ile giriş sağlandı. Lazer litotripsi ile taş fragmanları temizlendikten sonra proksimal stent segmenti forceps yardımıyla çıkarıldı. Operasyon sonunda ek DJ stent yerleştirilmeden re-entry nefrostomi kateteri bırakıldı. Operasyon süresi 130 dakika idi.

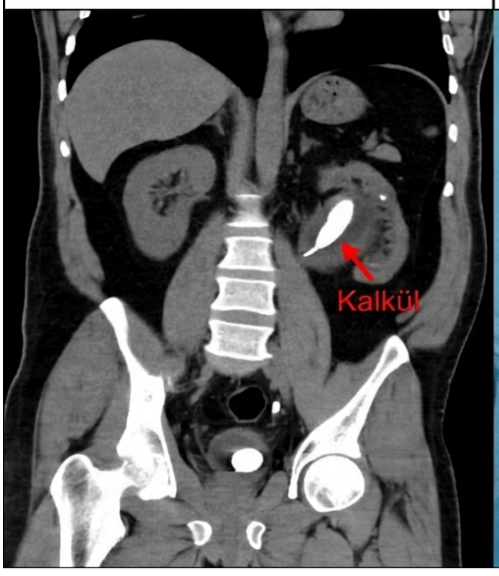
Postoperatif DÜSG'de tam taşsızlık izlendi. Nefrostomi kateteri postop 1. gün çekildi ve hasta postop 2. gün komplikasyonsuz taburcu edildi.

BULGULAR

Uzun süre üriner sistemde kalan DJ stentlerde enkrustasyon, taş oluşumu ve stent fragmantasyonu gelişerek tedaviyi kompleks hale getirebilmektedir. Sunulan olguda böbrek, üreter ve mesane boyunca multiseviyeli enkrustasyon ve renal pelviste ek taş yükü mevcuttu. Sistolitotripsi, URS ve mini-PCNL kombinasyonu ile tek seansta etkin ve güvenli tedavi sağlandı.

SONUÇ

Uzun süre takipsiz kalan DJ stentler ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu olguda altı yıl boyunca unutulmuş, dört parçaya fragmente ve enkruste DJ stent; tek seansta kombine endoürolojik yöntemlerle komplikasyonsuz şekilde çıkarılmıştır. Uygun cerrahi planlama ile bu kompleks olgular minimal invaziv yöntemlerle başarıyla yönetilebilir.

Şekil 1: Preoperatif Görüntüleme - CT	**Şekil 2:** Operasyonda Çıkarılan Parçalı DJ Stent	**Şekil 3:** Postoperatif Takip - DÜSG Görüntüsü
		

SB-321) DİSTAL ÜRETER TAŞLARINDA MEDİKAL EKSPÜLSİF TEDAVİYE CİNSEL AKTİVİTE EKLENMESİNİN SPONTAN TAŞ PASAJINA ETKİSİ: PROSPEKTİF RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMANIN ARA ANALİZİ

YİĞİT ÇAĞRI KIZILÇAY(1) MUHAMMED SACİD DEMİR(2) SERGEN MISIRLI(3)

1. BALIKESİR DEVLET HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ
2. HAKKARİ DEVLET HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ
3. BALIKESİR DEVLET HASTANESİ RADYOLOJİ KLİNİĞİ

AMAÇ

Distal üreter taşı olan hastalarda medikal ekspülsif tedaviye (MET) cinsel aktivite (CA) eklenmesinin; taş ekspülsiyon oranı, ekspülsiyon zamanı ve ağrı kontrolü üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Tek kör, prospektif, randomize kontrollü çalışmamıza BT ile doğrulanmış tek distal üreter taşı (<8 mm) olan 18–65 yaş arası 60 hasta Grup A (CA+ MET: tamsulosin 0.4 mg/gün + NSAİD 75 mg 2×1, n=30) ve Grup B (yalnızca MET, n=30) olmak üzere randomize edildi. Akut böbrek yetmezliği, bilateral üreter taşı, Grade 3-4 hidronefroz veya acil dekompresyon (URS vb.) gerektiren klinik tablo ile başvuran hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Grup A'ya 4 hafta boyunca haftada 3–4 kez cinsel aktivite önerildi. Birincil sonlanım noktası 4 haftalık takip süresi içinde hasta gruplarından bağımsız radyolog değerlendirmesiyle görüntüleme (USG/BT/DÜSG) üzerinden doğrulanan taş ekspülsiyon oranıydı. İkincil sonlanım noktaları ise taş düşürme haftası, Numeric Ağrı Skalası (NRS) skorları ve acil servis başvuru sayıları olarak belirlendi.

BULGULAR

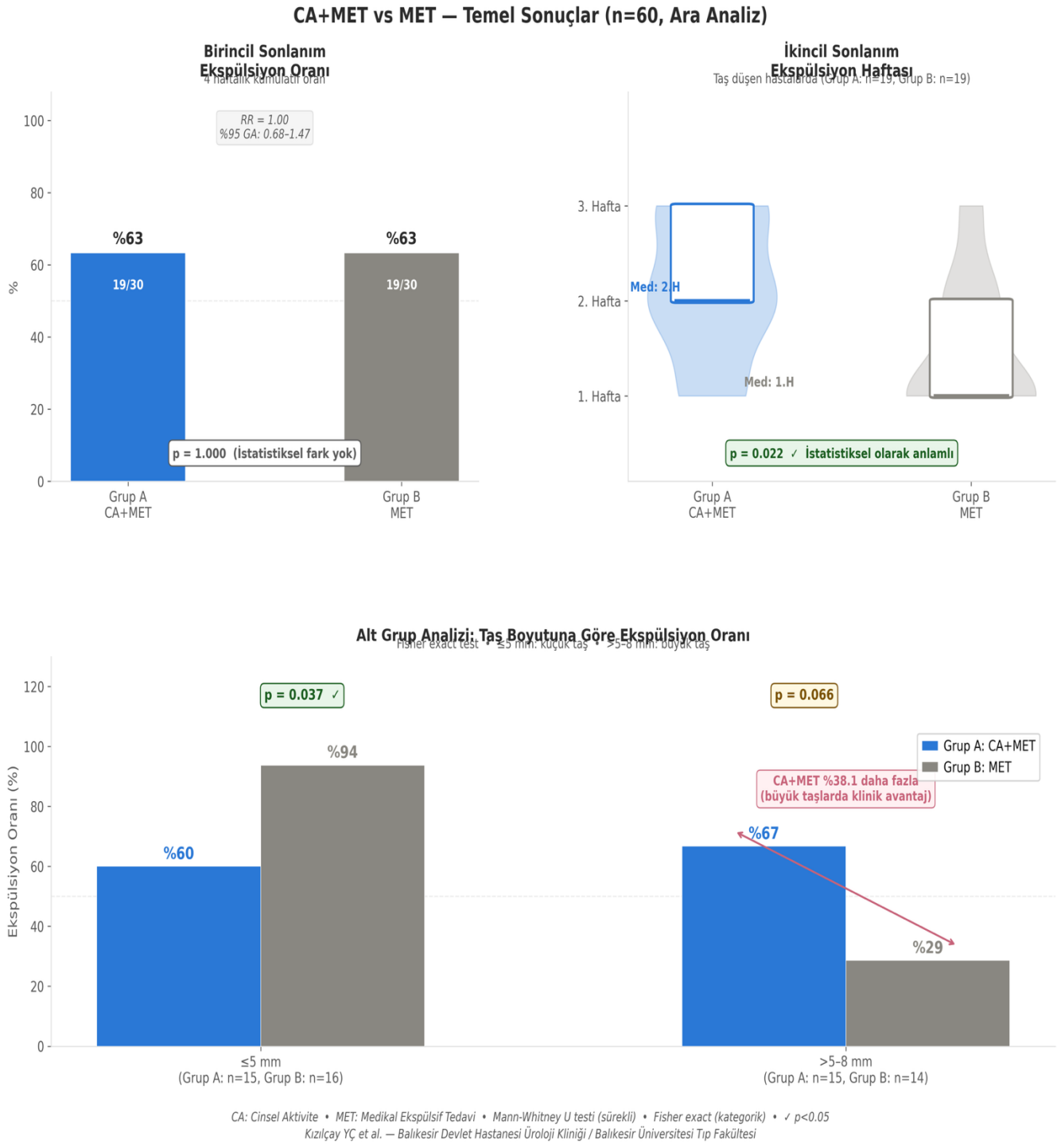
Başlangıç özellikleri açısından taş boyutu (5.3±1.3 vs 5.1±1.2 mm; p=0.437), taş dansitesi (720±142 vs 652±163 HU; p=0.077) ve NRS ağrı skoru (8.8±1.1 vs 8.5±1.2; p=0.320) gruplar arasında benzerdi; Grup A anlamlı olarak daha gençti (38.0±9.7 vs 50.7±16.7 yıl; p=0.002). Dört haftalık takip sonunda taş ekspülsiyon oranı her iki grupta eşit bulundu (Grup A: 19/30, %63.3; Grup B: 19/30, %63.3; p=1.000; RR=1.00, %95 GA: 0.68–1.47). Ekspülsiyon gerçekleşen hastalarda taşın düştüğü hafta Grup A'da anlamlı olarak daha geçti (medyan 2. hafta [IQR 2–3] vs 1. hafta [IQR 1–2]; p=0.022). NRS ağrı skoru 2. haftada Grup B'de anlamlı daha düşük saptandı (3.2 vs 1.9; p=0.031). Acil servis başvurusu Grup A'da daha fazlaydı (1.33±0.88 vs 0.80±0.71; p=0.017). >5–8 mm taşlarda Grup A sayısal üstünlük gösterdi (%66.7 vs %28.6; p=0.066). Grup A'da ortalama cinsel aktivite 7.5±2.9/4 hafta olup 5 hastada (%16.7) önerilen hedefe ulaşıldı.

SONUÇ

CA + MET kombinasyonu birincil sonlanımda MET'e üstünlük sağlamamıştır; ancak mevcut literatürde CA'nın tek başına semptomatik tedaviye üstün olduğunu gösteren RKÇ kanıtları mevcuttur. Çalışmamızda büyük distal taşlarda (5-8mm) belirgin klinik avantaj ve CA yapan hastalarda daha yüksek ekspülsiyon eğilimi dikkat çekmektedir. Yaş dengesizliği ve düşük CA uyumu önemli kısıtlılıklar olmakla birlikte, tam örnekleme (n=120) ulaşıldığında özellikle büyük taş grubunda anlamlı fark beklenmektedir.

Değişken	Grup A (CA+MET (n=30))	Grup B (MET)	p değeri
Yaş (yıl), ort±SS	38.0±9.7	50.7±16.7	0.002†
Cinsiyet (E/K)	21 / 9	15 / 15	0.188
Taş boyutu (mm), ort±SS	5.3±1.3	5.1±1.2	0.437
Taş dansitesi (HU), ort±SS	720±142	652±163	0.077
UDK (mm), ort±SS	3.4±0.9	3.7±0.9	0.108
NRS V1 (0–10), ort±SS	8.8±1.1	8.5±1.2	0.320
<5 mm ekspülsiyon	9/15 (%60.0)	15/16 (%93.8)	0.037†
>5–8 mm ekspülsiyon	10/15 (%66.7)	4/14 (%28.6)	0.066

tablo 1. CA+MET ve MET gruplarının karşılaştırmalı analizi



SB-322) URS OPERASYONUNDA ÜRETER DARLIĞI İZLENEN HASTALARDA TAŞ BÜYÜKLÜĞÜ VE ANATOMİK LOKALİZASYON DEĞERLENDİRİLMESİ

AHMET EMRE EREN(1) İLKER AKARKEN(1) HÜSEYİN TARHAN(1)

1. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

AMAÇ

Üreterorenoskopi (URS) ile lazer litotripsi, üreter taşı tedavisinde günümüzde sıklıkla tercih edilen minimal invaziv bir yöntemdir. Ancak tekrarlayan cerrahiler, konjenital anomaliler veya taş impaksiyonuna bağlı ödem/inflamasyon gibi nedenler üreter darlığına yol açarak birincil tedavinin başarısını etkileyebilmektedir. Bu çalışmada, URS sırasında üreter darlığı saptanan hastalarda taşın büyüklüğü, anatomik lokalizasyonu ve uygulanan sekonder girişim yöntemlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde üreter taşı nedeniyle URS uygulanan ve operasyon sırasında üreter darlığı tespit edilen hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Hastalar; demografik özellikler, taş boyutu (mm), taşın lokalizasyonu (distal, orta, proksimal) ve tarafı açısından değerlendirildi. Darlık nedeniyle birincil işlemin yapılamadığı veya yarım kaldığı durumlarda tercih edilen sekonder girişimler (Re-URS, ESWL, Nefrostomi veya Takip) ve intraoperatif Double-J stent (DJS) kullanım oranları analiz edildi.

BULGULAR

Çalışmaya, URS sırasında üreter darlığı saptanan toplam 54 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 52.9 ± 15.9 (24-83) yıl olarak bulundu. Bilgisayarlı tomografi kesitlerinde ölçülen ortalama taş boyutu 9.46 ± 4.11 mm (2-20 mm) olarak saptandı.

Taş lokalizasyonu incelendiğinde; darlık saptanan vakaların büyük çoğunluğunda taşın proksimal üreterde (%64.8, n=35) yerleştiği görüldü. Bunu sırasıyla distal üreter (%31.5, n=17) ve orta üreter (%3.7, n=2) takip etti. Taşların %59.3'ü sağ, %40.7'si sol üreter yerleşimliydi.

Operasyon sırasında darlığı aşmak veya pasif dilatasyon sağlamak amacıyla hastaların %96.3'üne (n=52) DJS kateter takıldığı görüldü. Darlık nedeniyle tamamlanamayan işlemler sonrası planlanan sekonder girişimler incelendiğinde; hastaların %68.5'ine (n=37) ikinci seans URS (Re-Operasyon) planlandığı, %16.7'sinin (n=9) ESWL'ye yönlendirildiği, %11.1'inin (n=6) takibe alındığı ve %3.7'sine (n=2) nefrostomi takıldığı tespit edildi.

SONUÇ

Üreter darlığı, özellikle proksimal üreter taşlarında URS başarısını sınırlayan önemli bir faktördür. Çalışmamızda darlık saptanan olguların büyük bir kısmının proksimal yerleşimli ve ortalama 1 cm civarındaki taşlar olduğu görülmüştür. Bu hastalarda zorlu manipülasyonlardan kaçınarak DJS kateter ile pasif dilatasyon sağlanması ve ardından ikinci seans URS uygulanması, en sık başvurulan ve güvenli tedavi yaklaşımı olarak öne çıkmaktadır.

Özellikler	Değerler (n=54)
Yaş (yıl)	
Ortalama ± SS	52.9 ± 15.9
(Min - Maks)	(24 - 83)
Taş Boyutu (mm)	
Ortalama ± SS	9.46 ± 4.11
(Min - Maks)	(2 - 20)
Taş Tarafı, n (%)	
Sağ	32 (%59.3)
Sol	22 (%40.7)
Taş Lokalizasyonu, n (%)	
Proksimal Üreter	35 (%64.8)
Distal Üreter	17 (%31.5)
Orta Üreter	2 (%3.7)
Darlık Yönetimi (DJS Takılması), n (%)	
Takıldı	52 (%96.3)
Takılmadı	2 (%3.7)
Sekonder Girişim Tercihi, n (%)	
Re-Operasyon (2. Seans URS)	37 (%68.5)
ESWL	9 (%16.7)
Takip	6 (%11.1)
Perkütan Nefrostomi	2 (%3.7)

SB-323) PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONRASI SONUÇLARIN BELİRLENMESİNDE TAŞ BİLEŞİMİNİN ROLÜ

SİNAN AVCI(1) ÖZGÜR EKİCİ(1) ERKAN BÜYÜKDEMİRCİ(2) UĞUR AKGÜN(1) İLYAS YILMAZ(1) EFE ÖNEN(1) ABDULLAH ERDOĞAN(1) VOLKAN ÇAĞLAYAN(1) SEDAT ÖNER(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ
2. ANKARA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

AMAÇ

Perkütan nefrolitotomi (PCNL) uygulanan hastalarda taş bileşiminin peroperatif ve postoperatif sonuçlar üzerindeki etkisini araştırmak.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2020 ile Ağustos 2024 tarihleri arasında kurumumuzda PCNL uygulanan 152 hastanın verilerini retrospektif olarak analiz ettik. Hastalar taş bileşimine göre alt gruplara ayrıldı: kalsiyum oksalat, kalsiyum fosfat, ürik asit, sistin ve struvit. Gruplar arasında taşsızlık oranları, komplikasyonlar ve yardımcı prosedürlere duyulan ihtiyaç dahil olmak üzere peroperatif ve postoperatif sonuçları karşılaştırıldı.

BULGULAR

Genel taşsızlık oranı %63,8 idi. Komplikasyonlar Clavien sınıflandırmasına göre hafif ve ciddi olarak gruplandırıldığında, hasta özellikleri, taş özellikleri ve perioperatif teknikler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Hasta özellikleri, taş özellikleri ve perioperatif veriler taş bileşimleri arasında karşılaştırıldığında, yaş, cinsiyet, komorbidite, Amerikan Anesteziyologlar Derneği (ASA) skoru, taş boyutu ve taş yoğunluğu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı.

Taşsız kalma oranları, taş bileşimine göre anlamlı şekilde farklılık gösterdi ($p=0,024$). Taş kompozisyonu ile postoperatif sepsis arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı ($p<0,001$).

SONUÇ

Taş kompozisyonu, PCNL geçiren hastalarda taşsızlık oranlarını ve postoperatif komplikasyonları önemli ölçüde etkileyebilir. Bu sonuçlar, PCNL planlarken ve tedavi stratejilerini belirlerken taş kompozisyonunu dikkate almanın önemini vurgulamaktadır.

Tablo. Tas Kompozisyonuna Gore Hasta Ozellikleri, Tas Ozellikleri ve Cerrahi Sonuclarin Karsilastirilmasi (n=152)

** Istatistiksel olarak anlamli (Bonferroni duzeltmesi sonrasi p<0.05). Hb: Hemoglobin; HU: Hounsfield unitesi; ASA: Amerikan*

Degisken	Kalsiyum Oksalat (n=108)	Kalsiyum Fosfat (n=15)	Urik Asit (n=19)	Sistin (n=2)	Struvit (n=4)	Diger (n=4)	P degeri
HASTA OZELLIKLERI							
Medyan yas, yil (aralik)	51 (18-83)	46 (19-72)	62 (45-79)	28	54	49	0.009*
Erkek cinsiyet, n (%)	91 (82.0)	7 (46.7)	10 (52.6)	1 (50.0)	2 (50.0)	0 (0)	<0.001*
Komorbidite varligi, n (%)	9 (8.3)	1 (6.7)	15 (78.9)	0 (0)	1 (25.0)	2 (50.0)	<0.001*
ASA skoru >= 3, n (%)	9 (8.3)	4 (26.7)	13 (68.4)	0 (0)	2 (50.0)	0 (0)	<0.001*
TAS OZELLIKLERI							
Tas boyutu >= 30 mm, n (%)	19 (17.6)	6 (40.0)	6 (31.6)	1 (50.0)	2 (50.0)	3 (75.0)	0.045*
Ortalama tas dansitesi (HU)	Yuksek	Orta	Dusuk	—	—	—	<0.001*
Opak tas, n (%)	103 (95.4)	15 (100)	3 (15.8)	1 (50.0)	3 (75.0)	2 (50.0)	<0.001*
PERIOPERATIF VERILER							
Operasyon suresi, dk (ort+-SS)	106.8+-32.9	137.3+-45.8	105.8+-18.3	142.5+-67.2	120.0+-16.8	113.8+-21.4	0.076
Pre-op Hb, g/dL (ort+-SS)	14.6+-1.7	13.8+-1.9	13.1+-1.6	13.1+-2.8	13.2+-2.8	13.7+-0.8	0.005*
Post-op Hb, g/dL (ort+-SS)	13.3+-2.0	12.2+-1.9	11.2+-1.3	12.3+-1.8	11.5+-3.0	11.6+-0.6	<0.001*
POSTOPERATIF SONUCLAR							
Tassizlik Grade A, n (%)	75 (77.3)	6 (6.2)	13 (13.4)	2 (2.1)	1 (1.0)	0 (0)	0.024*
Tassizlik Grade B (<=2 mm), n (%)	17 (58.6)	6 (20.6)	4 (13.7)	0 (0)	1 (3.4)	1 (3.4)	0.024*
Postop ates, n (%)	13 (12.0)	2 (13.3)	1 (5.3)	1 (50.0)	2 (50.0)	1 (25.0)	0.118
Postop idrar yolu enfeksiyonu, n (%)	7 (6.5)	1 (6.7)	1 (5.3)	0 (0)	1 (25.0)	1 (25.0)	0.531
Postop sepsis, n (%)	**0 (0)**	**0 (0)**	**0 (0)**	**0 (0)**	**1 (25.0)**	**0 (0)**	<0.001*
Major komplikasyon (Clavien >=3), n (%)	5 (4.6)	2 (13.3)	3 (15.8)	0 (0)	0 (0)	1 (25.0)	0.274

Anestezivologlar Dernegi; IYE: Idrar yolu enfeksiyonu; Grade A: tam tassizlik; Grade B: <=2 mm reziduel fragman.

SB-324) PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE CİLT İNSİZYONUNUN İĞNE GİRİŞİ ÖNCESİ VE SONRASINDA YAPILMASININ OPERATİF SONUÇLARA ETKİSİ

ONUR KARSLI(1) EKREM AKKIN(1) YAŞAR ARAS EKMEN(1)

1. ANTALYA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Perkütan nefrolitotomi (PNL) 2 cm den büyük böbrek taşlarının tedavisinde yaygın olarak uygulanan minimal invaziv cerrahi yöntemdir. PNL başarısında en önemli basamaklardan biri doğru akses ve uygun dilatasyondur. Perkütan akses sırasında cilt insizyonunun zamanlaması cerrahlar arasında farklılık göstermektedir. Bu çalışmada, perkütan iğne girişinden önce ve sonra yapılan cilt insizyonunun; perkütan erişim süresi, floroskopi süresi, operasyon süresi, hemoglobin düşüşü, taşsızlık oranı ve komplikasyon oranları üzerine etkisinin karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2025–Nisan 2026 tarihleri arasında kliniğimizde PNL uygulanan 42 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar cilt insizyonu zamanlamasına göre iki gruba ayrıldı. Grup 1'de iğne girişinden önce cilt insizyonu yapılan hastalar, Grup 2'de ise iğne ile renal giriş sağlandıktan sonra cilt insizyonu yapılan hastalar yer aldı. İki grupta da 30 F amplatz dilatasyon uygulandı. Gruplar; akses süresi (cilt insizyonundan renal erişime kadar geçen süre), floroskopi süresi, operasyon süresi, hemoglobin düşüşü, taşsızlık oranı, hastanede kalış süresi ve perioperatif komplikasyonlar açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR

Toplam 42 hasta çalışmaya dahil edildi. Grup 1'de 24, Grup 2'de 18 hasta bulunmaktaydı. Cilt insizyonu sonrası iğne girişi yapılan hastalarda dilatasyon süresinin (45.99 ± 22.16) ve akses sırasında uygulanan floroskopi süresinin daha kısa olduğu görüldü (71.86 ± 20.79). Taşsızlık oranı, hemoglobin düşüşü arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlendi. Perioperatif komplikasyonlar Clavien-Dindo sınıflamasına göre değerlendirildi. Hastanede kalış süresi, kan transfüzyonu gereksinimi, ek girişim ihtiyacı ve postoperatif komplikasyon oranları iki grup arasında anlamlı bir fark görülmedi.

SONUÇ

PNL sırasında akses iğnesi girişinden önce fasya insizyonu yapılması dilatatörlerin fasya geçişini kolaylaştırmakta ve dilatasyonun daha kontrollü ve daha az güç uygulayarak yapılmasını kolaylaştırmaktadır. Akses sonrası yapılan insizyonlarda kılavuz telin fasyayı penetre ettiği bölgeyi insize etmek zor olduğundan dilatatörlerin fasyayı geçişi daha zor ve kontrolsüz olmaktadır. Bu zor geçiş mobil böbreklerde dilatasyonu daha da zorlaştırmakta hatta kılavuz telin böbrekten çıkmasına neden olmaktadır.

PARAMETRE	(n:24) Grup 1 (Önce cilt insizyonu) Ortalama ± SS	(n:18) Grup 2 (Sonra cilt insizyonu) Ortalama ± SS	p değeri
Yaş (yıl)	47,48 ± 13,25	47,16 ± 14,18	0.844
Taş yükü mm2	603.7 ± 543.55	578,99 ± 554,13	0.399
Floroskopi süresi (saniye)	45.99 ± 22.16	71.86 ± 20.79	0.0001
Renal erişim süresi (saniye)	266.01 ± 50.17	443,42 ± 54,92	0.0001
Operasyon süresi (dk)	54.71 ± 37.63	60.1 ± 42.47	0.334
Hb düşüşü (g/dL)	1.27 ± 0.89	1,63 ± 1,28	0.12
Hastanede kalış süresi (gün)	3.44 ± 1.44	3.89 ± 1.49	0.3
Clavien I-II Komplikasyon n(%)	3 (%12)	2 (%11)	-
Clavien III-IV Komplikasyon n(%)	0	0	-
Kan Transfüzyonu n(%)	2 (%8)	2 (%11)	0.6
Taşsızlık Oranı n(%)	20(%83)	16(%88)	0.972

PNL DE PARAMETRELERİN GRUP 1 VE GRUP 2 OLARAK KARŞILAŞTIRILMASI

SB-325) ENDOSKOPİK ÜRETER TAŞI TEDAVİSİ SIRASINDA ÜRETEROPELVİK BİLEŞKE YAKINI ÜRETER DARLIĞININ BALON DİLATASYONU İLE YÖNETİMİ: OLGU SUNUMU

DENİZ İDİL SONSAYAR(1) RİDELL LOGLİ(1) KAAN HAPOĞLU(1) ENİS KERVANCIOĞLU(1) MEHMET İLTERİŞ TEKİN(1)

1. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

AMAÇ

Üreter taşlarının endoskopik tedavisi sırasında karşılaşılan üreteral darlıklar, işlemin başarısını doğrudan etkileyen önemli bir zorluktur. Özellikle üreteropelvik bileşke (UPB) komşuluğundaki darlıklar, hem üreterorenoskop erişimi güçleştimesinin yanı sıra balon dilatasyonu ve stentleme gibi ek girişimlere neden olabilir. Bu olguda, çoklu üriner sistem taşı ve kompleks kardiyak komorbiditesi olan bir hastada, üreter darlığının balon dilatasyonu ile aşılarak başarılı taş tedavisinin sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Hastanın sağ böbrek taşı ile ilgili uzun süreli bir öyküsü mevcuttu: 42 sene önce sağ böbrekte açık taş cerrahisi, 8 ve 6 sene önce sağ perkütan nefrolitotomi (PNL) öyküsü bulunmaktaydı. Ek olarak 2018 yılında aort kapak replasmanı (AVR), anevrizma onarımı ve koroner arter baypas greftleme (CABG×3) operasyonları geçirmişti.

Yaklaşık iki ay süren ağrı şikayetleri sonrası yapılan görüntülemede; üriner sistem ultrasonografisinde sağda pelvikalisiyel dilatasyon ve üreteropelvik bileşkede 9 mm taş, direkt üriner sistem grafisinde (DÜSG) üreteropelvik bileşkede 5 mm taş - alt kaliks ve orta kesimde ek taşlar, diüretikli renal sintigrafide sağ böbrek fonksiyonunun korunmuş olduğu izlendi. Kardiyak komorbiditeleri nedeniyle preoperatif anestezi ve kardiyoloji değerlendirmesi sonrası endoskopik üreter taşı tedavisi planlandı.

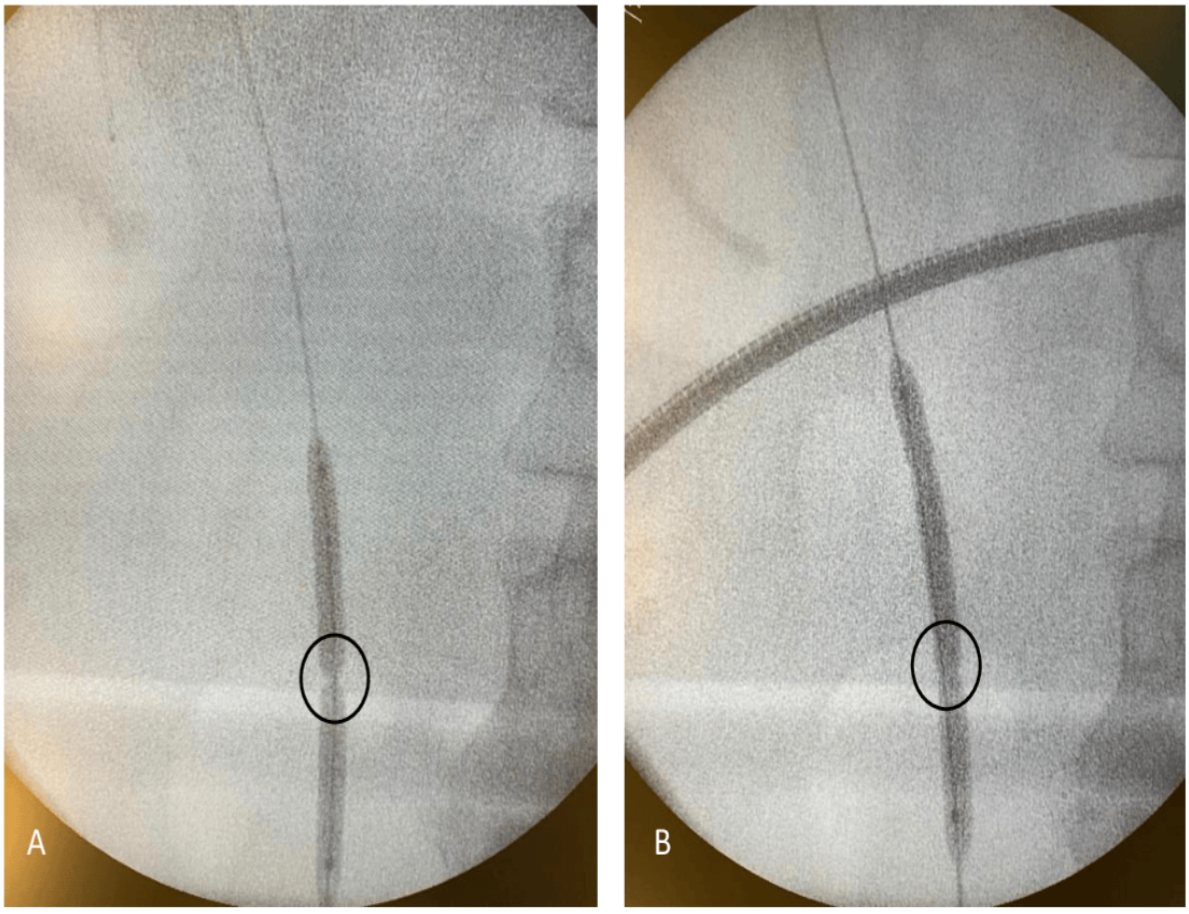
BULGULAR

Litotomi pozisyonunda ameliyat gerçekleştirildi. Semirijid üreterorenoskop (URS) ile sağ üretere girildiğinde, üreteropelvik bileşkeye yakın segmentte belirgin bir darlık saptandı. Stiff guide ile geçiş denendi ancak başarısız olundu. Ardından darlık segmentinde balon dilatasyon 15 ATM basınca kadar uygulandı ve 2 dakika beklendi (Figür 1A). Dilatasyon sonrası semirijid URS ile darlık segmenti geçilemedi. Ardından darlık segmentine ikinci kez balon dilatasyon (15 ATM, 2 dakika) uygulandı (Figür 1B). Sonra semirijid URS ile darlık segmenti geçilebildi. Proksimal üreterde taş izlenmedi; semirijid üreterorenoskop ile üreteropelvik bileşkeye kadar gidildi ve bu seviyede taş tespit edildi. Taş holmium lazer ile fragmente edilerek serbest pasaja bırakıldı. Skopi kontrolünde üreterde rezidü taş izlenmedi. Ardından sağ üretere 7F 26 cm Double-J stent yerleştirildi ve skopik olarak pozisyonu doğrulandı. 16F foley kateter takılarak işlem komplikasyonsuz sonlandırıldı.

Hasta postoperatif dönemde stabil vital bulgularla izlendi, idrar çıkışı açık renkte oldu. Kardiyoloji önerileri doğrultusunda antikoagülasyon (enoksaparin 2×0,8 ve warfarin) düzenlendi, foley kateter çekildi ve hasta 1 gün sonra, 1 ay sonra üroloji kontrolü önerisiyle sorunsuz taburcu edildi.

SONUÇ

Bu çalışmada, üreteropelvik bileşke komşuluğundaki darlıkların endoskopik taş tedavisinde önemli bir engel oluşturabileceğini, ancak balon dilatasyon tekniğinin bu darlıkların güvenli ve etkili biçimde aşılmasına olanak sağladığını göstermektedir. Üreteropelvik bileşkeye yakın üreter darlıklarının balon dilatasyon ile başarılı şekilde geçilmesi, semirijid üreterorenoskopi ve holmium lazer litotripsi ile kombine edildiğinde, kompleks geçmişi olan hastalarda dahi minimal invaziv ve etkili bir tedavi seçeneği sunmaktadır.



Figür 1. Üreter darlığına uygulanan balon dilatasyonunun floroskopik görüntüleri. **(A)** *İlk balon dilatasyonu.* **(B)** *Yeterli lümen açıklığı sağlanmaması nedeniyle uygulanan ikinci balon dilatasyonu.*

SB-326) KOMPLEKS BÖBREK TAŞLARINDA PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONUÇLARI: TAŞSIZLIK VE PERİOPERATİF SONUÇLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

GUNAL OZGUR(1) DOĞANCAN DÖRÜCÜ(1) ERSİN GÖKMEN(1) TARIK EMRE ŞENER(2)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Perkütan nefrolitotomi (PCNL), büyük ve kompleks böbrek taşlarının standart cerrahi tedavi yöntemidir. Ancak taş kompleksitesinin cerrahi başarı ve perioperatif sonuçlar üzerindeki etkisi önemli bir klinik sorundur. Bu çalışmada kompleks ve non-kompleks böbrek taşlarında PCNL sonuçlarının karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Böbrek taşı nedeniyle PCNL uygulanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Guy's stone skoru 3'ten büyük ve toplam taş yükü 30'den büyük mm olan hastalar kompleks böbrek taşı olarak sınıflandırıldı. Operasyon süresi, hastanede yatış süresi, postoperatif drenaj yöntemleri, komplikasyonlar ve taşsızlık oranları gruplar arasında karşılaştırıldı. Obstrüksiyona neden olmayan 3 mm altındaki rezidü fragmanlar taşsızlık olarak kabul edildi.

BULGULAR

Toplam 284 hasta çalışmaya dahil edildi ve bunların 113'ü (%39.8) kompleks böbrek taşı grubunda yer aldı. Kompleks taş grubunda taş sayısı [3 (2–4) vs 1 (1–2), p<0.001], en büyük taş boyutu [31 (22–52) mm vs 22 (21–24) mm, p<0.001] ve toplam taş boyutu [52 (39–69) mm vs 24 (22–31) mm, p<0.001] anlamlı olarak daha yüksekti. Kompleks taş grubunda operasyon süresi anlamlı olarak daha uzundu [139 (100–180) dk vs 110 (90–150) dk, p<0.001]. Postoperatif nefrostomi gereksinimi kompleks taş grubunda daha sık izlendi (p=0.005). Taşsızlık oranları kompleks taş grubunda anlamlı olarak daha düşüktü (%68.1 vs %90.1, p<0.001). Komplikasyon oranları ve hastanede yatış süresi açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.

SONUÇ

Kompleks böbrek taşları, PCNL sonrası daha düşük taşsızlık oranları ve daha uzun operasyon süreleri ile ilişkilidir. Bununla birlikte uygun hasta seçimi ve cerrahi planlama ile kabul edilebilir komplikasyon oranları elde edilebilir. Taş kompleksitesinin değerlendirilmesi, PCNL sonuçlarının öngörülmesinde önemli rol oynayabilir.

Tablo 1. Taş kompleksitesine göre perioperatif sonuçların karşılaştırılması

Değişkenler	Non-kompleks Taşlar n=171 (60.2%)	Kompleks Taşlar n=113 (39.8%)	p değeri
Yaş, yıl	49.2 ± 16.3	49.6 ± 16.3	0.792
VKİ, kg/m²	26.3 ± 4.6	27.4 ± 5.2	0.071
Cinsiyet, n			
Erkek **Kadın**	114 (66.7%) 57 (33.3%)	79 (69.9%) 34 (30.1%)	0.566
Diyabet varlığı, n	23 (13.5%)	26 (23%)	**0.037**
Cerrahi taraf (Sağ/Sol), n	89 (52%)/82 (48%)	37 (32.7%)/76 (67.3%)	**0.001**
Taş sayısı	1 (1–2)	3 (2–4)	**<0.001**
HU maksimum	1295 (1101–1455)	1242 (1052–1460.5)	0.287
HU ortalama	1104 (856–1256)	1104 (832.5–1191)	0.368
En büyük taş boyutu, mm	22 (21–24)	31 (22–52)	**<0.001**
Taşların toplam boyutu, mm	24 (22–31)	52 (39–69)	**<0.001**
Guy's taş skoru	2 (2–2)	3 (3–4)	**<0.001**
Operasyon süresi, min	110 (90–150)	139 (100–180)	**<0.001**
Fleksible üreteroscopi kullanımı (ECIRS)	29 (17%)	28 (24.8%)	0.107
Postop uriner diversiyon			
Nefrostomi **DJ stent** **Nefrostomi + DJ stent**	9 (5.3%) 153 (89.5%) 9 (5.3%)	16 (14.2%) 85 (75.2%) 12 (10.6%)	**0.005**
Taş kültürü pozitifliği, n	18 (10.8%)	19 (16.8%)	0.143
Ateş, n	20 (11.7%)	14 (12.4%)	0.86
Kan transfüzyonu, n	5 (2.9%)	5 (4.4%)	0.36
CD ≥2 komplikasyonlar, n	26 (21.2%)	21 (18.7%)	0.839
Hastanede kalış süresi, gün	2 (2–4)	3 (2–4.75)	0.288
Taşsızlık, n	154 (90.1%)	77 (68.1%)	**<0.001**

Kısaltmalar: VKİ, vücut kitle indeksi; HU, Hounsfield ünitesi; PCNL, perkütan nefrolitotomi; ECIRS, endoskopik kombine intrarenal cerrahi; DJ, double-J; CD, Clavien–Dindo.

SB-327) TUR-P SONRASI GASTROİNTESTİNAL MOTİLİTENİN DESTEKLENMESİNDE ILIK SU UYGULAMASI: BİR DERLEME

BÜŞRA ŞAHİN(1) YÜKSEL AYDEMİR(2) GÖKHAN ŞAHİN(3)

1. AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
2. AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
3. AYDIN ŞEHİR HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ

AMAÇ

Cerrahi girişimler, metabolik ve hormonal değişikliklerle karakterize bir fizyolojik stres yanıtı oluşturur. Bu yanıt gastrointestinal sistem fonksiyonlarında yavaşlama, postoperatif ileus, bulantı-kusma, ağrı ve susuzluk hissi gibi sorunlara yol açabilmektedir (Cai et al., 2025). Bağırsak motilitesindeki gecikme oral alımı erteleyerek iyileşmeyi olumsuz etkilemekte, hastanede kalış süresini uzatmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

ERAS protokolleri, cerrahi travmanın olumsuz etkilerini azaltmayı ve fonksiyonel iyileşmeyi hızlandırmayı hedefleyen multidisipliner, kanıta dayalı yaklaşımlardır. Erken postoperatif oral sıvı alımı bu protokollerin temel bileşenlerinden biridir. Nitekim ERAS Türkiye Derneği'nin klinik önerilerine göre, postoperatif dönemde hastaya 2 saatten sonra oral sıvı verilmeye başlanmalı ve ameliyat günü en az 800 ml sıvı alması sağlanmalıdır; oral sıvı alımı arttıkça parenteral sıvı miktarı azaltılmalıdır. Genel cerrahi beslenme literatüründe de, sıkı bir sıvı-elektrolit rejimi ile erken oral/enteral beslenmenin birlikte uygulanmasının, büyük cerrahi girişim geçiren hastalarda bile postoperatif erken saatlerde oral gıdaya başlanabilmesini ve 1-2 gün içinde normal alıma geçilebilmesini mümkün kıldığı vurgulanmaktadır.

Erken oral alımın fizyolojik temeli, sefalik-vagal reflekslerin aktivasyonu ve gastrin/motilin gibi hormonların salınımı yoluyla bağırsak peristaltizminin desteklenmesine dayanmaktadır (Canzan et al., 2024; Irmak & Bulut, 2021). Bu alandaki en somut kanıt, laparoskopik kolesistektomi hastalarında yapılan randomize kontrollü bir çalışmadan gelmektedir. Çalışkan, Bulut ve Konan (2016) tarafından yürütülen bu çalışmada, deney grubuna postoperatif 4. saatte 200 ml, 37°C'de ılık su 15 dakika içinde içirilmiş, 8. saate kadar başka oral alım verilmemiştir; kontrol grubu ise rutin bakım almıştır. Sonuçlar, 4. saatte verilen ılık suyun ilk gaz çıkarma süresini anlamlı şekilde kısalttığını ve bağırsak hareketleri üzerinde olumlu etki oluşturduğunu göstermiştir.

BULGULAR

Bu bulgu, ılık suyun gastrointestinal reseptörleri ve hipotalamusu uyararak bağırsak spazmının çözülmesine katkı sağladığı, vazodilatasyon oluşturarak peristaltizmi desteklediği yönündeki fizyolojik açıklamalarla örtüşmektedir (Çalışkan et al., 2016; Gökçe Işıklı et al., 2024).

SONUÇ

Ürolojik cerrahilerde ERAS uygulamaları giderek önem kazanmaktadır. Özellikle bipolar transüretral prostat vaporizasyonu (B-TUVP) uygulanan hastalarda ERAS klinik yolunun mobilizasyon süresini, mesane irrigasyon süresini ve hastanede kalış süresini anlamlı ölçüde azalttığı bildirilmektedir. Ancak bu derleme kapsamında taranan literatür, TUR-P sonrası erken dönemde spesifik olarak ılık su uygulamasının etkilerini inceleyen doğrudan bir çalışmaya rastlanmadığını ortaya koymaktadır. Mevcut kanıtlar büyük ölçüde laparoskopik kolesistektomi, sezaryen ve genel abdominal cerrahi popülasyonlarından ekstrapole edilmektedir; TUR-P hastalarının kendine özgü özellikleri (ileri yaş, mesane irrigasyonu, hareket kısıtlılığı, üretral kateter varlığı) göz önüne alındığında bu ekstrapolasyonun sınırları vardır. Cai ve ark. (2025) da TUR-P sonrası erken oral sıvı alımını inceleyen çalışmaların sınırlı olduğunu özellikle vurgulamaktadır.

SB-328) SİSTEKTOMİ VE İLEAL LOOP DİVERSİYONU SONRASI GELİŞEN ÜRETERAL OBSTRÜKTİF TAŞ HASTALIĞININ ANTEGRAD FLEXİBLE ÜRETERORENOSKOPİ İLE BAŞARILI TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

BEKİR SAĞIR(1) NEZİH TAMKAÇ(1) HÜSEYİN CAN ÇAĞLAR(1) EREN GÜNSAY(1) DURAN KURU(1) SADIK GÖRÜR(1)

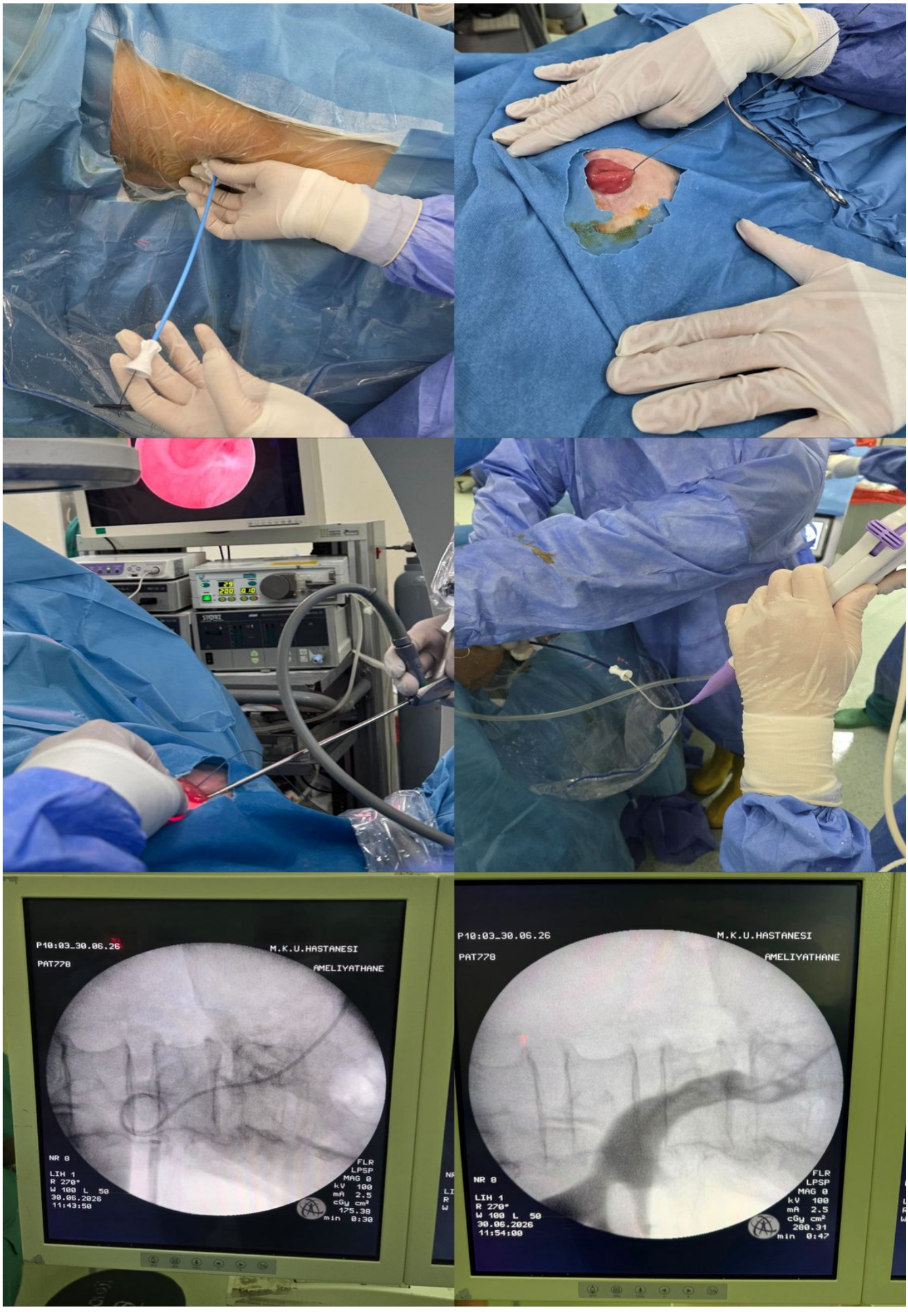
1. HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, HATAY

AMAÇ
Radikal sistektomi ve ileal loop üriner diversiyon uygulanan hastalarda, uzun dönemde ürolitiyazis ve buna bağlı obstrüktif üropati gelişme riski literatürde iyi tanımlanmıştır. Bu tür olgularda anatomik değişiklikler ve eşlik eden kronik böbrek hastalığı (KBH), konvansiyonel retrograd endoürolojik yaklaşımları oldukça güçleştirmekte veya imkansız hale getirmektedir. Bu olguda, evre 4 KBH zemininde ileal loop ve üreteral anastomoz darlığı/taş tıkanıklığı nedeniyle akut böbrek hasarı gelişen bir hastada, perkütan antegrad flexible üreterorenoskopi (URS) ve lazer litotripsi ile sağlanan başarılı endoürolojik tedavi yönetiminin sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
olgu sunumu

BULGULAR
Bilinen Diabetes Mellitus ve Evre 4 KBH tanıları olan 79 yaşında erkek hasta, dış merkeze iştahsızlık, bulantı ve kusma şikayetleriyle başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde C-reaktif protein (CRP) yüksekliği ve ultrasonografide bilateral hidronefroz saptanması üzerine nefroloji servisine yatırılan hastanın anamnezinde, 2023 yılında sistektomi ve ileal loop operasyonu geçirdiği öğrenilmiştir. Üroloji kliniğince değerlendirilen hastanın bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde; bilateral böbreklerde pelvikalisiyel sistemde sağda ve solda orta-ileri derecede (anteposterior pelvis çapı 35 mm) dilatasyon izlenmiştir. Sağ böbrek orta kesim pelvikalisiyel yapılarda en büyüğü 2 mm olan birkaç adet taş dansitesi; sağ üreterin ileal loop ile anastomozlaştığı kesimin proksimaline doğru uzanan yaklaşık 5.5 cm'lik segmentte ise en geniş yerinde 1 cm kalınlığa varan, birbiriyle yakın komşulukta çok sayıda taş dansitesi (taş yükü) tespit edilmiştir. Renal sintigrafide (DMSA) total böbrek fonksiyonuna sol böbreğin katkısı %6.8 (ileri derecede atrofik), sağ böbreğin katkısı %93.2 (düşük düzeyde uptake, kronik parankim hastalığı) olarak hesaplanmıştır. Hastaya öncelikle akut obstrüksiyonu ve enfeksiyonu kontrol altına almak amacıyla bilateral perkütan nefrostomi takılmıştır. Nefrostomilerden ve ürostomiden alınan idrar kültürleri doğrultusunda operasyon öncesi 20 günlük medikal ve preoperatif hazırlık süreci tamamlanmıştır. Hazırlığın ardından, genel anestezi altında sağ nefrostomi traktından giriş yapılarak sağ üretere kılavuz tel (guidewire) gönderilmiştir. Flexible URS ile sağ üretere antegrad olarak ilerlenmiş; üreterdeki yoğun taş yükü holmium lazer litotripsi ile fragmante edilmiştir. Kılavuz tel, antegrad olarak sağ üreterden ileal loop içine ilerletilmiş ve looptan URS ile girilerek dışarı alınmıştır. Antegrad yolla kılavuz tel üzerinden 4.7 Fr 28 cm Double-J (DJ) stent başarıyla yerleştirilmiştir. Sağ böbreğe trakt üzerinden tekrar nefrostomi tüpü yerleştirilerek operasyon sonlandırılmıştır. Kontrast madde verilerek yapılan floroskopik kontrolde DJ stent ve nefrostomi tüpünün ideal konumda olduğu teyit edilmiştir.

SONUÇ
Anatomik konfigürasyonu değişmiş ve ileal loop diversiyonu yapılmış hastalarda gelişen kompleks üreter taşlarında retrograd yaklaşımlar çoğunlukla başarısız olmaktadır. Özellikle tek fonksiyonel böbreğe sahip veya ileri evre kronik böbrek yetmezliği olan kırılgan hastalarda, perkütan antegrad flexible URS ve lazer litotripsi yöntemi; yüksek taş temizleme başarısı, düşük morbidite oranı ve böbrek fonksiyonlarının korunması açısından güvenilir, efektif ve tercih edilmesi gereken minimal invaziv bir tedavi alternatifidir.


P10:03_30.06.26
PAT778
M.K.U.HASTANESI
AMELIYATHANE
NR 8
LIH 1
R 270°
W 100 L 50
30.06.2026
11:43:50
FLR
LPSP
MAG 0
kV 100
mA 2.5
cGy cm²
175.30
min 0:30
P10:03_30.06.26
PAT778
M.K.U.HASTANESI
AMELIYATHANE
NR 8
LIH 1
R 270°
W 100 L 50
30.06.2026
11:54:00
FLR
LPSP
MAG 0
kV 100
mA 2.5
cGy cm²
280.31
min 0:47

SB-329) 15-20 MM ARASINDAKİ BÖBREK TAŞLARINDA ESWL, RİRC VE MİNİ-PNL OPERASYONLARININ ETKİNLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

BİLAL KAAN OTBASAN(1) ERDİNÇ DİNÇER(1) CENGİZ ÇANAKCI(1) ORKUNT OZKAPTAN(1)

1. KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

AMAÇ

Üroloji kılavuzları, 15-20 mm arası böbrek taşlarında (alt kaliks taşları hariç) ESWL ve endoürolojik girişimleri öncelikli tedavi olarak önerirken alt kaliks taşlarında ise öncelikli olarak endoürolojik girişimleri önermektedir. 15-20 mm böbrek taşlarda guideline eswl önermesine rağmen başarı oranları düşüktür. Rirc ve mini-pnl gibi minimal invaziv yöntemlerin son yıllarda gelişmesi sonrasında bu yöntemler 15-20 mm taşların tedavisi için seçenek olmuştur. Bu bakımdan her üç yöntemin bu taş gruplarında başarısının karşılaştırılması önem taşımaktadır. Bu çalışmada, 15-20 mm arası böbrek taşlarında uyguladığımız ESWL, RİRC ve mini-PNL olmak üzere farklı taş kırma yöntemlerinin böbrek taşlarında başarı ve komplikasyonlarının karşılaştırılması ve ek girişim gerekliliğini retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmamıza Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Üroloji kliniğinde 2014 ile 2024 yılları arasında böbrek taşlarında ESWL, RİRC ve mini-PNL girişimleri yapılmış olan hastalar alınmış olup 15-20 mm arası taş boyutu olmayan ve böbrek taşı haricinde olacak hastalar hariç bırakıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 15–20 mm renal taşlı 213 hastanın sonuçları değerlendirildiğinde, taşsızlık oranı mini-PNL grubunda %86.0, RİRC grubunda %79.1 ve ESWL grubunda %44.9 olarak bulunmuştur. Yeniden girişim gereksinimi mini-PNL'de %3.5, RİRC'de %16.4 ve ESWL'de %42.7 düzeyindedir. Ortalama hemoglobin düşüşü mini-PNL'de -1.6 g/dL ile en yüksek, RİRC'de -0.3 g/dL ve ESWL'de -0.6 g/dL olarak saptanmıştır. Komplikasyon oranları gruplar arasında anlamlı fark göstermemiştir. Bulgular, mini-PNL'nin en yüksek tek seans taşsızlık oranına sahip olduğunu; RİRC'in güvenli ve etkili bir alternatif sunduğunu; ESWL'nin ise özellikle alt pol anatomisi nedeniyle bu taş grubunda daha düşük başarı sergilediğini göstermektedir.

SONUÇ

15–20 mm renal taşlarda mini-PNL'nin en yüksek taşsızlık oranına ve en düşük yeniden girişim gereksinimine sahip olduğunu, RİRC'in güvenli ve etkili bir alternatif oluşturduğunu, ESWL'nin ise özellikle alt pol anatomisi nedeniyle bu taş grubunda daha düşük başarım sergilediğini göstermektedir. Tedavi seçimi taşın lokalizasyonu, sertliği ve hastaya ait klinik özellikler doğrultusunda bireyselleştirilmelidir.

Tablo 1: Hastaların demografik, preoperatif ve postoperatif bulgularının karşılaştırılması

	ESWL (n:89)	RIRS (n:67)	PNL (n:57)	p
Yaş, ort±ss (medyan)	35.8±13.5 (34.0)	49.9±14.7 (53.0)	45.1±13.7 (43.0)	<0.001
Cinsiyet, n(%)				
Erkek	63 (73.8)	43 (64.2)	32 (56.1)	0.194
Kadın	25 (29.2)	24 (35.8)	25 (43.9)	
BMI, ort±ss (medyan)	26.7±7.8 (26.0)	25.9±4.0 (26.0)	25.9±3.5 (26.0)	0.948
Taraf, n(%)				
Sağ	54 (60.7)	31 (46.3)	27 (47.4)	0.133
Sol	35 (39.3)	36 (53.7)	30 (52.6)	
Geçirilmiş cerrahi, n (%)				
Var	14 (16.9)	24 (35.8)	8 (14.0)	0.004
Yok	73 (83.1)	43 (64.2)	49 (86.0)	
Taş Hacmi, ort±ss (medyan)	1155±488 (1056)	1166±592 (1080)	1309±569 (1216)	0.182
Taş Dansitesi, ort±ss (medyan)	1025±282 (1000)	1022±302 (970)	1119±282 (1100)	0.106
Taş Lokalizasyonu, n(%)				
Pelvis	66 (74.2)	42 (62.7)	45 (78.9)	0.109
Üst	7 (7.9)	4 (6.0)	1 (1.8)	0.292
Orta	9 (10.1)	9 (13.4)	6 (10.5)	0.793
Alt	7 (7.9)	12 (17.9)	5 (8.8)	0.114
Clavien Dindo, n(%)				
I	12 (13.5)	11 (16.4)	13 (22.8)	
II	4 (4.5)	0 (0)	1 (1.8)	0.067
IIIa	5 (5.6)	3 (4.5)	2 (3.5)	
IIIb	13 (14.6)	0 (0)	1 (1.8)	
Taşsızlık, n(%)				
Var	40 (44.9)	53 (79.1)	49 (86.0)	<0.001
Yok	49 (55.1)	13 (20.9)	8 (14.0)	

SB-330) ANEVRİZMA RÜPTÜRÜNÜ TAKLİT EDEN DİSTAL ÜRETER TAŞINA BAĞLI ÜRİNER EKSTRAVAZASYON

HALİL İBRAHİM İVELİK(1) TAHSİN KARAKAYALI(1) OKAN ALKIŞ(1) ŞEREF COŞER(1) İBRAHİM GÜVEN KARTAL(1) MEHMET SEVİM(2) BEKİR ARAS(1)

1. KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. KONYA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Akut yan ağrısı ile başvuran hastalarda üreter taşı sık görülen bir tanıdır. Ancak kontrastlı görüntülemelerde retroperitoneal kontrast ekstravazasyonu saptanması, vasküler yaralanma, aktif kanama veya anevrizma rüptürü gibi acil cerrahi durumları düşündürebilir. Bu olguda, vasküler patolojiyi taklit eden distal üreter taşına bağlı üriner ekstravazasyonun tanı ve yönetimini sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Olgu; klinik başvuru, laboratuvar bulguları, radyolojik görüntülemeler, konsültasyon süreci, uygulanan endoürolojik tedavi ve takip sonuçları açısından retrospektif olarak değerlendirildi. Hastanın ilk ve tekrarlayan kontrastlı görüntülemeleri, hemoglobin seyri, renal vasküler yapılar ve üreterovezikal bileşke düzeyi birlikte incelendi.

BULGULAR

Kırk iki yaşında erkek hasta sol yan ağrısı ve sol üst kadrana yayılan karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. İlk değerlendirmede kreatinin 1,1 mg/dL, beyaz küre 9,6 $10^3/\mu L$ ve hemoglobin 16,2 g/dL idi. Tam idrar tetkikinde belirgin hematüri mevcut olup nitrit ve lökosit esteraz negatifti. İlk başvuruda çekilen kontrastlı abdomen ve pelvis bilgisayarlı tomografi, radyoloji tarafından belirgin akut patoloji saptanmadan raporlandı. Bu aşamada distal üreter taşı ve hafif obstrüktif bulgular klinik olarak ön planda değerlendirilmediği için hasta ürolojiye danışılmadı.

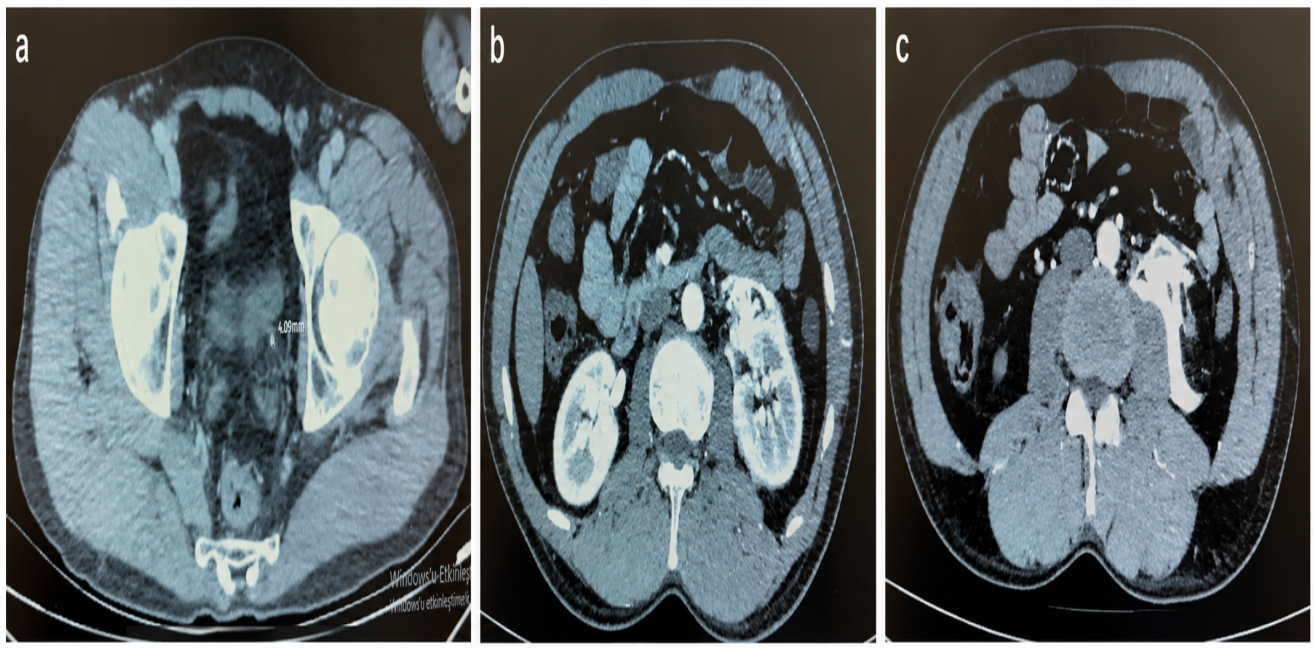
Ağrısının devam etmesi üzerine hasta aynı gün ikinci kez acil servise başvurdu. Bu başvuruda çekilen kontrastlı bilgisayarlı tomografi anjiyografide sol böbrek çevresindeki dokularda ve retroperitoneal sol yarıda kontrast madde ekstravazasyonu izlendi; ekstravazasyon kaynağı net seçilemediği için dijital subtraksiyon anjiyografi korelasyonu önerildi. Bu bulgu nedeniyle hasta öncelikle vasküler yaralanma, aktif kanama veya anevrizma rüptürü açısından değerlendirildi ve kalp damar cerrahisi tarafından olası vasküler patoloji nedeniyle üroloji ile birlikte değerlendirme istendi.

Hastanın klinik ve laboratuvar bulguları masif retroperitoneal kanamayı desteklemiyordu. Hemodinamik instabilite olmaması, renal arterlerin intakt izlenmesi ve hemoglobin seyrinin aktif majör kanama ile uyumlu olmaması üzerine görüntüler yeniden değerlendirildi. İkinci görüntüleme, aynı gün daha erken saatlerde çekilen ilk bilgisayarlı tomografi ile karşılaştırıldığında sol üreterovezikal bileşke düzeyinde yaklaşık 4 mm taş olduğu ve ilk görüntüde hafif toplayıcı sistem dilatasyonunun bulunduğu fark edildi. Bu nedenle ikinci görüntülemede izlenen retroperitoneal kontrast ekstravazasyonunun vasküler kaçaktan ziyade distal üreter taşına bağlı obstrüksiyon sonrası gelişen üriner ekstravazasyon ile uyumlu olduğu düşünüldü.

Hasta üroloji servisine yatırıldı. Üreteral basıncı artırmamak amacıyla minimal manipülasyon ve düşük basınç prensibiyle sol üreterorenoskopi yapıldı. Sol üreterovezikal bileşke düzeyinde obstrüksiyon alanı izlendi ve sol Double-J üreteral stent yerleştirildi. İşlem sonrası hastanın ağrısı belirgin olarak geriledi, ek komplikasyon gelişmedi ve hasta stent ile taburcu edildi. Yaklaşık bir ay sonra yapılan kontrol üreterorenoskopide kaçak veya defekt izlenmedi; hidronefroz saptanmayan ve semptomsuz seyreden hastanın Double-J stenti çıkarıldı.

SONUÇ

Distal üreter taşı, stabil hastada üriner ekstravazasyonla vasküler kaçak/rüptürü taklit edebilir. Faz, damar bütünlüğü, Hb, hematüri ve taş birlikte değerlendirilerek gereksiz invaziv girişimler önlenebilir.



SB-331) PELVİK YERLEŞİMLİ MALROTE BÖBREKTE 25 MM ALT KALİKS TAŞINA RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ : OLGU SUNUMU

SÜLEYMAN ÖNER(1) ÇAĞDAŞ US(1) ADEM GÜÇÜN(1) ALİHAN KOKURCAN(1) ATA ÖZEN(1) İYİMSER ÜRE(1) AYDIN YENİLMEZ(1)

1. ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Pelvik yerleşimli ve malrote böbrekler, anormal anatomik yapıları nedeniyle taş oluşumu açısından riskli gruptadır. Anatomik zorlukları nedeniyle endoskopik cerrahinin zorlayıcı ve nadir vakalarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu olgu sunumunda pelvik yerleşimli malrote böbrekte saptanan 2,5 cm taşa retrograd intrarenal cerrahi tecrübemizi sizlerle paylaşmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

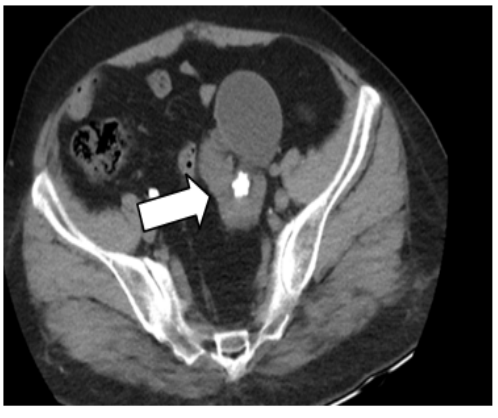
57 yaş kadın hasta idrar yolu enfeksiyonu nedeni ile kliniğimize başvurdu. Hikayesi değerlendirildiğinde ürolojik bir geçmişi olmadığı ve ek hastalıkları olarak hipertansiyonu ve diabetes mellitusu olduğu öğrenildi. Hastadan alınan biyokimyasal değerlendirmede hastanın serum kreatinin değeri 0,96 mg/dl ölçüldü. Hastaya çekilen kontrastsız abdomen bilgisayarlı tomografisinde sağ böbrek doğal izlenirken, sol böbreğin pelvik bölgede ve renal pelvisinin anteriora malrote görünümlü olduğu görüldü (Resim 1). Sol böbreğin alt kaliksinde 25 mm opak taş izlendi. Hastaya tarafımızca retrograd intrarenal cerrahi planlandı.

BULGULAR

Genel anestezi altında litotomi pozisyonunda 20 fr sistoskop (Wolf, Almanya) ile sol böbreğe hidrofilik guide gönderildi. Ardından guide-wire üzerinden 7.5 Fr Fleksible URS (Scivita, Çin) ile sol böbrek pelvisine ulaşıldı. Cyber Ho Magneto(150W) lazer (Quanta, İtalya) kullanılarak 0.7 J, 12 Hz ayarlarda taşlar dusting yöntemi ile tamamen kırıldı. Endoskopik ve skopik olarak stone-free kabul edildi. 4.7 FR 20 cm DJ stent (DJS) sistoskop eşliğinde takıldı. Operasyon süresi 90 dakika, lazer kullanımı süresi 14 dakika ve skopi sayısı 10 olarak ölçüldü. Operasyon esnasında ve sonrasında bir komplikasyon görülmeyen hastanın sondası post operatif 1. günde çekilerek hasta taburcu edildi. 1. Ay kontrolünde serum kreatinin 0,91 mg/dl olarak ölçüldü. Çekilen direkt üriner sistem grafisinde belirgün rezidü saptanmadı (Resim 2). 1. Ay kontrolünde lokal anestezi altında fleksible sistoskop yardımıyla DJS çekildi.

SONUÇ

Ektopik yerleşimli böbreklerde 2 cm üstü alt pol taşları için retrograde intrarenal cerrahi deneyimli merkezlerde anatomik ve teknik zorluklara rağmen uygulanabilir.



Resim 1



Resim 2

SB-332) BRUNN KİSTİ

MEHMET AKTAŞ(1) EFEKAN KOYUNCU(1) SAMET MERT GÖDE(1) KASIM EMRE ERGÜN(1) MUSTAFA SERDAR KALEMCİ(1)

1. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

AMAÇ: Genç erkek hastalarda aüss sebebinin doğru teşhisi ve tedavisi önemli olmakla beraber çoğu zaman yaşlı hasta grubuna göre daha titiz yaklaşım gerektiren bir husustur.,Önde gelen üretra darlığı veya primer mesane boynu darlığı gibi sebeplerin ayırt edilmesi, cerrahi girişimin ne zaman yapılması gerektiğine karar verilmesi ve olası komplikasyonlar hakkında hastanın etraflıca bilgilendirilmesi gerekmektedir.Bu çalışmayla amacımız genç erkek hastalarda AÜSS sebeplerini,nadir görülen durumlar da dahil titizlikle ele almak.Biz bu çalışmamızda olası etyolojiler arasında çok nadir rastlanan Brunn kisti nedeniyle opere edilen bir olguyu ele aldık.

GEREÇ-YÖNTEM

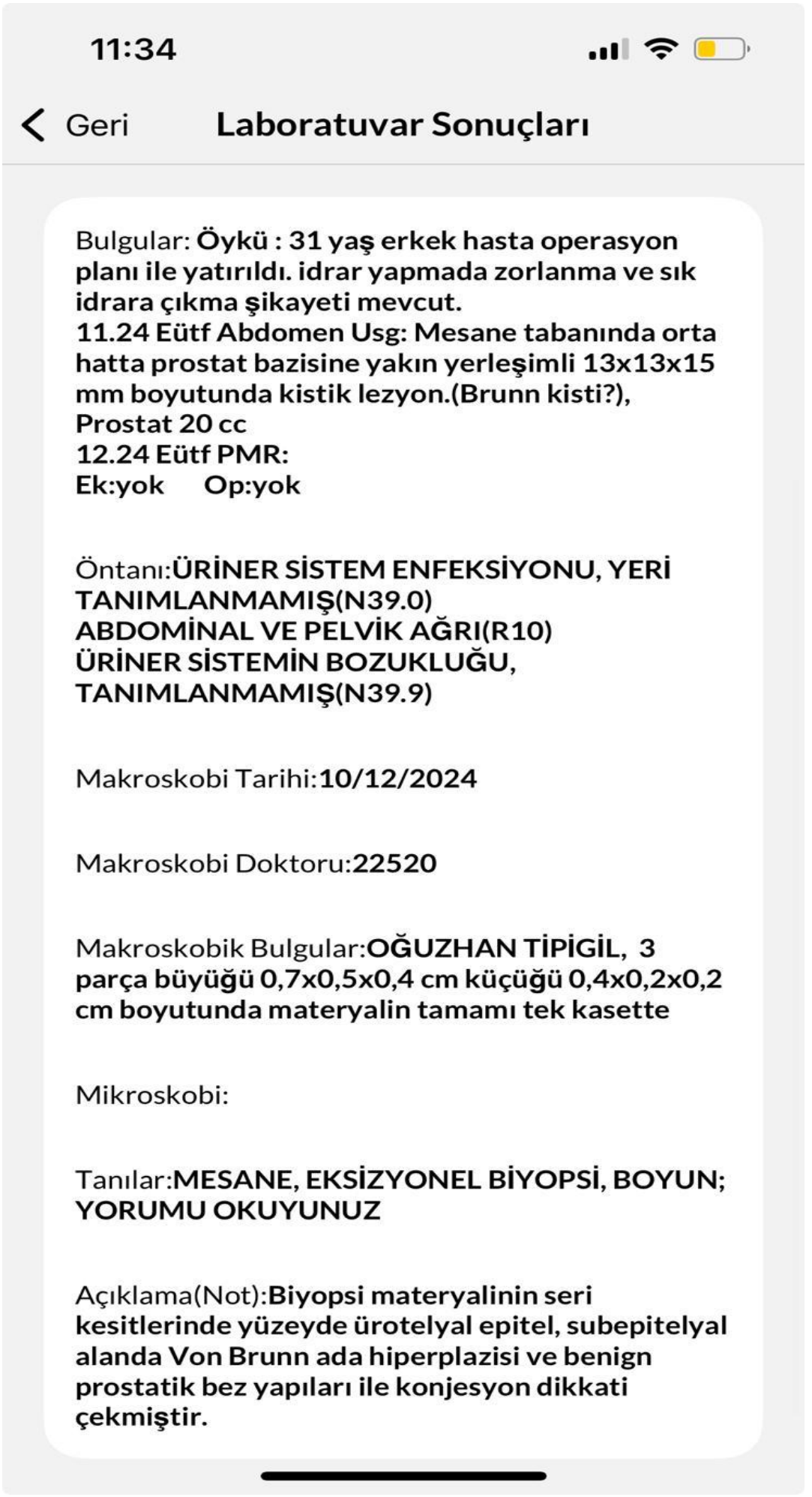
Çalışmamızda, idrar yaparken zorlanma ve idrar hızında azalma şikayetleriyle tarafımıza başvuran 32 yaş erkek hastaya yapılan üroflowmetride maksimum akım hızının 7.8 ml/s olması üzerine hastaya ultrason yapıldı. Ultrason raporunda 13x13x15 mm boyutunda Brunn kisti lehine lezyon görülmesi üzerine hastaya prostat MR çekildi. Prostat bazisine yakın yerleşimli üretra çıkışında 13x13x15 mm boyutunda Brunn kisti lehine kistik lezyon şeklinde raporlanan MR sonrası hastaya operasyon önerildi. Hastaya 17 fr sistoskop ile sistoüretroskopi yapıldığında görüntülemelerde tariflenen kistin anterior duvardan mesane boynuna sarkıp saat 12 yönünde valf mekanizması gibi davranarak ciddi obstrüksiyon yaptığı görülmüştür. 24 fr rezektoskopa geçilerek kist endoskopik olarak rezeke edilmiştir.

BULGULAR

Bulgular: Hastanın operasyonu yaklaşık 15 dakika sürmüş olup, önemli kan kaybı görülmemiştir. İşlem sonrası hastaya foley sonda tatbik edilip post op 1. gün sondası alınarak taburcu edilmiştir. Hastanın nihai patoloji sonucu Von Brunn ada hiperplazisi olarak sonuçlanmıştır. Post-op 1. ay yapılan üroflowmetride hastanın maksimum akım hızı değerinin 49.6 ml/s olduğu görülmüştür. Hastanın operasyon sonrası ejakülasyon veya miksiyon ile ilgili şikayeti görülmemiştir.

SONUÇ

Sonuçlar: Genç erkek hastaların AÜSS ile başvurularında etyolojinin tespiti için detaylı araştırma yapmanın hastanın komplikasyonsuz tedavisinde önemli olduğu görülmektedir. Nadir rastlanan bir etyoloji olan Brunn kistinin yerleşim yeri görüntülemelerle ve sistoüretroskopi ile tespit edilmelidir. Özellikle mesane boynuna yakın yerleşen valf gibi davranan kistlerin hem hasta için ciddi semptomlar meydana getirdiği hem de üroflowmetride akım hızını azaltabileceği görülmektedir. Bu nedenle Brunn kisti ayırıcı tanıda mutlaka akılda bulundurulmalıdır. Bu çalışmamızda kistin endoskopik rezeksiyonunun hızlı ve güvenli bir tedavi seçeneği olduğu görülmüştür.



11:34

Geri

Laboratuvar Sonuçları

Bulgular: **Öykü : 31 yaş erkek hasta operasyon planı ile yatırıldı. idrar yapmada zorlanma ve sık idrara çıkma şikayeti mevcut.**
11.24 Eütf Abdomen Usg: Mesane tabanında orta hatta prostat bazisine yakın yerleşimli 13x13x15 mm boyutunda kistik lezyon.(Brunn kisti?),
Prostat 20 cc
12.24 Eütf PMR:
Ek:yok Op:yok

Öntanı:**ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU, YERİ TANIMLANMAMIŞ(N39.0)**
ABDOMİNAL VE PELVİK AĞRI(R10)
ÜRİNER SİSTEMİN BOZUKLUĞU, TANIMLANMAMIŞ(N39.9)

Makroskobi Tarihi:**10/12/2024**

Makroskobi Doktoru:**22520**

Makroskobik Bulgular:**OĞUZHAN TİPİGİL, 3 parça büyüğü 0,7x0,5x0,4 cm küçüğü 0,4x0,2x0,2 cm boyutunda materyalin tamamı tek kasette**

Mikroskobi:

Tanılar:**MESANE, EKSİZYONEL BİYOPSİ, BOYUN; YORUMU OKUYUNUZ**

Açıklama(Not):**Biyopsi materyalinin seri kesitlerinde yüzeyde ürotelyal epitel, subepitelyal alanda Von Brunn ada hiperplazisi ve benign prostatik bez yapıları ile konjesyon dikkati çekmiştir.**

SB-333) RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİDE HASTA POZİSYONUNUN TAŞSIZLIK VE CERRAHİ BAŞARI ÜZERİNE ETKİSİ

CEMİL AYDIN(1) BURAK ÇAĞLAR ÖZTÜRK(1) AHMET TAŞCI(1) MUSA EKİCİ(1) MUSTAFA SERDAR ÇAĞLAYAN(1) ALPKON TORUN(1) METİN KIZGIN(1) MUHAMMED EMİR ASLAN(1) MUHAMMET ŞÜKRÜ KARTA(1) MEHMET MURAT BAYKAM(1)

1. HİTİT ÜNİVERSİTESİ ÇORUM EROL OLÇOK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Retrograd intrarenal cerrahi (RIRS), minimal invaziv yapısı sayesinde böbrek taşı tedavisinde standart yöntemlerden biri haline gelmiştir. RIRS sonrası rezidüel taş fragmanlarının sıklıkla alt polde yerleştiği ve ilerleyen dönemde semptomatik taş oluşumu ile gerektirebileceği gözlemlenmiştir. Standart litotomi pozisyonuna alternatif modifiye litotomi pozisyonları, yerçekimi etkisiyle alt polde fragman birikimini azaltmayı amaçlar. Bu çalışmada, standart litotomi ile ameliyat masasına yerleştirilen dijital su terazisi yardımıyla 20° Trendelenburg ve cerrahi tarafa kontralateral 20° lateral tilt verilerek oluşturulan modifiye litotomi (T-tilt) pozisyonunun taşsızlık ve postoperatif(po) sonuçları karşılaştırılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak–Temmuz 2026 arasında yapılan prospektif randomize çalışmaya ?2 cm taş boyutu olan 18 yaş ve üzeri 86 hasta dahil edilmiştir. (T-tilt: 43, Standart: 43). Gebeler, aktif üriner sistem enfeksiyonu ve kanama diatezi olan olgular çalışma dışı bırakılmıştır. Hastalar randomizasyonla ile T-tilt (grup 1) ve standart litotomi pozisyonuna (grup 2) atanmıştır. Tüm hastalara; genel anestezi altında RIRS uygulanmış, 9,5-11,5 access sheath, 7.5 Fr fleksibl üreterorenoskop (Storz Flex-X2) ve Holmium:YAG (Dornier MedTech Laser GmbH, enerji 0,5–4,0 J; frekans 4–20 Hz; tepe güç 15 kW) lazer kullanılmıştır. Operasyon sonunda tüm hastalara double-J stent yerleştirilmiştir. Po 1. ay BT'de ?4 mm taş varlığı klinik anlamlı taşsızlık olarak kabul edilmiş ve rezidü taş saptanmayan hastalar rutin takipten çıkarılmış; rezidü taşı bulunan hastalar için ise reoperasyon veya medikal ekspulsif tedavi(met) planlanmıştır.

BULGULAR

Taş dansitesi grup 1'de istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanırken, taş hacmi ve boyutu, litotripsi süresi, demografik veriler ve toplam lazer enerjisi açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmemiştir. Grup 1'de 15, grup 2'de ise 12 hastaya distal üreter darlığı nedeniyle pre-stenting uygulanmıştır. Taşsızlık oranı grup 1'de %97,6 iken grup 2'de %81,3 olarak saptanmıştır. Po 1. ay BT'de grup 1'de 1, grup 2'de 8 hastada rezidü taş saptanmış ve met planlandıktan sonra grup 2'de 5 hastaya reoperasyon yapıldı, grup 1'de reoperasyona gerek kalmamıştır. Grup 2'de 2 hasta ateş nedeniyle rehospitalize edildi, grup 1'de ateş veya rehospitalizasyon saptanmamıştır. Grupların karşılaştırılması Tablo 1'de sunulmuştur.

SONUÇ

Çalışmamızda, T-tilt pozisyonunun, standart litotomiye kıyasla taşsızlık oranlarını anlamlı düzeyde arttırdığı gösterilmiştir. Alt polde persistan rezidü taş fragmanlarının uzun dönemde semptomatik taş oluşumu, üriner sistem enfeksiyonu ve ek cerrahi girişim gereksinimi riskini artırdığı göz önüne alındığında, RIRS sonrası taşsızlık oranlarının artırılması klinik açıdan önem taşımaktadır. Cerrahi parametreler açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamış olması, yalnızca hasta pozisyonunun modifikasyonu ile bu avantajların elde edilebileceğini göstermekle birlikte çok merkezli, prospektif çalışmalara ihtiyac vardır.

Parametre	T-tilt Pozisyon (n=43)	Standart Litotomi (n=43)	p değeri
Yaş (yıl) (mean(min-max) ±ss)	51,67 (24–79) ± 13,80	50,40 (18–85) ± 16,65	0,699
Cinsiyet (E/K)	29 / 14	26/17	0,49
Taş tarafı (Sağ/Sol)	19/24	17/26	0,65
Taş lokalizasyonu	-	-	0,63
Alt pol taşı n (%)	10(%23,3)	6(%14,0)	-
Orta kaliks taşı n (%)	4(%9,3)	1(%2,3)	-
UP bileşke n (%)	6(%14,0)	0	-
Renal pelvis taşı n (%)	18 (%41,9)	20(%46,5)	-
Multikaliks taşı n (%)	5(%11,6)	16(%37,2)	-
En uzun taş boyutu(mm) (mean(min-max) ±ss)	12,23 (5–20) ± 3,85	12,16 (3–24) ± 4,55	0,939
Taş hacmi (mm^3) (mean(min-max) ±ss)	690,95 (77–2352) ± 636,79	816,44 (90–2968) ± 719,19	0,394
Taş dansitesi (HU) (mean(min-max) ±ss)	1113 (500–1700) ± 297	902 (355–1537) ± 305	0,0017
Litotripsi süresi (dk) (mean(min-max) ±ss)	10,28 (2–29) ± 6,21	10,57 (1–30) ± 7,46	0,846
Toplam lazer enerjisi (kJ) (mean(min-max) ±ss)	3,64 (1,16–16,70) ± 2,55	3,02 (0,45–5,92) ± 1,43	0,166
Preop DJ stent (var)	15/43 (%34,9)	12/43 (%27,9)	0,643
Preop kreatinin (mg/dL)	1,2 ± 2,0	1,0 ± 0,4	0,387
Postop kreatinin (mg/dL)	0,9 ± 0,2	1,1 ± 1,1	0,251
Taşsızlık (stone free) n (%)	42 (%97,6)	35 (%81,3)	0,030
?4 mm rezidü n (%)	1 (%2.3)	8 (%18,6)	-
?4 mm rezidü n (%)	3 (%6,9)	7 (%16,2)	-
Reoperasyon n (%)	0	5(%11,6)	0,041
Rehospitalizasyon n (%)	0	2 (ateş)	0,153

TABLO 1. Grupların demografik, klinik ve perioperatif karşılaştırması (n=86)

SB-334) TRANSPLANTE BÖBREKTE GELİŞEN VEZİKOÜRETERAL REFLÜNÜN ENDOSKOPİK SUBÜRETERİK MADDE ENJEKSİYONU İLE TEDAVİSİ: BİR OLGU SUNUMU

ESAT KORĞALI(1) FURKAN FATİH ARISOY(1) İBRAHİM KARACA(1) SERVET KAYA(1)

1. CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

AMAÇ

Renal transplantasyon son dönem böbrek yetmezliğinin en etkili tedavi seçeneği olmakla birlikte, ürolojik komplikasyonlar greft fonksiyonunu ve hasta yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Vezikoüreteral reflü (VUR), transplant alıcılarında değişen sıklıklarda görülen önemli komplikasyonlardan biridir ve özellikle tekrarlayan febril üriner sistem enfeksiyonları ile greft piyelonefriti gelişiminde rol oynamaktadır. Asemptomatik olgular konservatif olarak izlenebilse de, yüksek dereceli reflü ve tekrarlayan enfeksiyon varlığında girişimsel tedavi önerilmektedir. Açık cerrahi reimplantasyon etkili olmakla birlikte, endoskopik subüreterik bulking ajan enjeksiyonları daha düşük morbidite nedeniyle giderek daha fazla tercih edilmektedir. Bu bildiride renal transplant sonrası gelişen Grade 5 VUR'un dextranomer/hyaluronik asit (Dx/HA-Deflux) enjeksiyonu ile tedavi edildiği bir olgu sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Elli üç yaşında erkek hasta, renal transplantasyon sonrasında gelişen tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları nedeniyle değerlendirildi. Özgeçmişinde bilateral atrofik böbrekler ve nefrolitiazis nedeniyle 2021 yılında renal transplantasyon uygulandığı öğrenildi. Takip sürecinde çok sayıda enfeksiyon atağı nedeniyle farklı antibiyotik tedavileri kullanmıştı.

Ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi incelemelerinde transplante böbrekte hafif pelvikaliksiyel sistem dilatasyonu saptandı. Enfeksiyonların devam etmesi üzerine yapılan voiding sistoüretrografide miksiyon öncesi ve miksiyon sırasında transplante üreter ve toplayıcı sisteme belirgin reflü izlendi ve Grade 5 VUR olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Semptomatik seyir ve tekrarlayan enfeksiyon öyküsü nedeniyle sistoüretroskopi gerçekleştirildi. Transplante üreter orifisinin reflü ile uyumlu görünümde olduğu saptandı ve orifis altına dextranomer/hyaluronik asit enjeksiyonu uygulandı. İşlem komplikasyonsuz tamamlandı. Postoperatif dönemde obstrüksiyon, hematüri veya enfeksiyon gelişmedi. Takiplerinde enfeksiyon sıklığında belirgin azalma gözlenirken greft fonksiyonlarının stabil seyrettiği görüldü.

SONUÇ

Post-transplant VUR'da tedavi kararı reflü derecesinden çok enfeksiyon yükü ve greft fonksiyonu üzerindeki etkiye göre verilmelidir. Endoskopik Dx/HA enjeksiyonu minimal invaziv, tekrarlanabilir ve düşük morbiditeli bir yöntemdir. Sunulan olguda Grade 5 VUR varlığında uygulanan endoskopik enjeksiyon tedavisi komplikasyonsuz gerçekleştirilmiş ve klinik iyileşme sağlanmıştır. Sonuç olarak, semptomatik ve yüksek dereceli post-transplant VUR olgularında Dx/HA enjeksiyonu etkili ve güvenli bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir.

SB-335) ANKSİYETE VE HİDRASYONUN İDRAR AKIM TESTİ SONUÇLARI İLE İLİŞKİSİ

HARUN BAL(1) AHMET EMRE EREN(2) ENGİN DEREKÖYLÜ(2) HASAN DELİKTAŞ(2)

1. BARTIN DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ, BARTIN
2. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, MUĞLA

AMAÇ

Alt üriner sistem semptomları (AÜSS) olan erkeklerde, ilk kez yapılan su yüklemeli poliklinik üroflowmetrisini (Seans 1), üç günlük mesane günlüğü sonrasında hastanın kendi isteğiyle yaptığı testle (Seans 2) karşılaştırmak ve alışılmış işeme için mesane günlüğünü referans alarak hangi seansın günlük işemeyi daha iyi yansıttığını belirlemek.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu prospektif, cross-over çalışmada, iki merkezde AÜSS olan 108 erkek alındı. Her testten önce durumluk anksiyete (STAI) ölçüldü, testten sonra algılanan temsil ediciliği kaydedildi. Kaydedilen işenen hacimler, mesane günlüğünün ortalama ve maksimum hacimleriyle Bland–Altman analizi kullanılarak karşılaştırıldı; seanslar eşleştirilmiş testler, McNemar testi ve çok değişkenli doğrusal regresyon ile değerlendirildi.

BULGULAR

STAI skoru 1.seansta daha yüksekti (37,7 ± 18,3'e karşı 29,6 ± 14,6; p<0,001); buna karşın maksimum ve ortalama akım hızları seanslar arasında farklılık göstermedi. 2. seans, mesane günlüğü ortalama işenen hacmine çok daha yakındı (mutlak sapma 38,9'a karşı 108,8 mL; p<0,001; ortalama sapma [bias] 11,4'e karşı 60,3 mL); ancak hiçbir seans mesane günlüğü maksimum hacmini yansıtmadı. Daha fazla hasta 2.seansı evdeki işemesini temsil eder buldu (%88,9'a karşı %57,4; p<0,001) ve çan eğrisi morfolojisi daha yüksek oranda bulundu (%35,2'ye karşı %15,7). Yüksek anksiyete yalnızca 1.seansta daha düşük maksimum akım hızıyla ilişkiliydi (r=-0,45, p<0,001); bu ilişki yaş ve prostat hacminden bağımsız bulundu.

SONUÇ

AÜSS olan erkeklerde, üç günlük mesane günlüğü sonrası yapılan, hastanın kendi belirlediği vakitte yönlendirilen üroflowmetri, ilk poliklinik şartlarında su içirilerek yapılan testine kıyasla alışılmış işemeyi daha güvenilir biçimde yansıtır.

-	Seans 1	Seans 2	Mean difference	p-value
STAI Skoru	37.7 ± 18.3	29.6 ± 14.6	8.10	<0.001
Qmax, mL/s	15.6 ± 8.2	14.8 ± 5.5	0.81	0.311
İşenen Hacim, mL	293.9 ± 132.2	245.0 ± 72.6	48.85	0.001
Qave, mL/s	7.2 ± 3.8	7.4 ± 3.3	-0.21	0.441
İşeme süresi, s	42.6 ± 20.7	35.7 ± 18.4	6.89	<0.001
Post-void residual, mL	116.0 ± 81.4	71.1 ± 64.3	44.94	<0.001
Ortalama İşemeye Göre Deviasyon	108.8 ± 98.1	38.9 ± 41.9	-	<0.001
Maksimum İşemeye Göre Deviasyon	140.3 ± 96.3	135.6 ± 68.9	-	0.621

Anksiyete ve Uroflow parameterlerinin karşılaştırılması

SS-336) ALFA 1-BLOKER MONOTERAPİSİ ALAN HASTALAR İLE ALFA 1-BLOKER + 5 ALFA-REDÜKTAZ İNHİBİTÖRÜ KOMBİNASYONU ALAN HASTALARDA HOLEP SONUÇLARI

GÜNAL ÖZGÜR(1) TÜRKER ALTUNTAŞ(2) MEHMET ÇETİN(2) DOĞANCAN DÖRÜCÜ(2) ERSİN GÖKMEN(1) HAYDAR KAMİL ÇAM(2) TUFAN TARCAN(2) TARIK EMRE ŞENER(2)

1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, ameliyat öncesi yalnızca alfa 1-bloker kullanan hastalar ile alfa 1-blokerlere ek olarak 5 alfa-redüktaz inhibitörü (5-ARI) kullanan hastalarda, holmiyum lazer enükleasyon prostat (HoLEP) sonrası perioperatif parametreler, cerrahi dinamikler ve postoperatif sonuçlar üzerindeki etkileri değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

HoLEP uygulanan 144 hasta retrospektif olarak analiz edildi ve iki gruba ayrıldı: Grup 1, yalnızca alfa 1-bloker kullanan hastalar; Grup 2, en az altı ay süreyle alfa 1-bloker+5-ARI (dutasterid) kombinasyonu kullanan hastalardı. Gruplar demografik özellikler, preoperatif klinik parametreler, intraoperatif cerrahi veriler ve postoperatif fonksiyonel sonuçlar açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR

Toplam 144 hastanın %73,6'sı yalnızca alfa 1-bloker, %26,4'ü ise alfa 1-bloker + 5-ARI kombinasyonu kullanmaktaydı. Kombinasyon grubundaki hastalar daha ileri yaşta olup daha büyük prostat hacmine sahipti. Grup 2'deki hastalar daha yaşlıydı (69,1 vs. 66,5 yıl; $p<0,047$) ve prostat hacimleri daha büyüktü (101,5 vs. 82 ml; $p=0,043$). Preoperatif PSA, maksimum idrar akım hızı (Qmax), Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS), yaşam kalitesi (QoL) ve işeme sonrası rezidüel idrar hacmi (PVR) değerleri gruplar arasında benzerdi. İntraoperatif olarak, enükleasyon süresi kombinasyon grubunda daha uzundu (75 vs. 60 dk; $p=0,022$) ve bu durum enükleasyon etkinliği ve morselasyon etkinliği açısından anlamlı fark saptanması ($p>0,05$) nedeniyle Grup 2'de daha büyük prostat hacmi olmasına bağlı olarak değerlendirildi. Hemoglobin düşüşü, kateter çekilme zamanı, hastanede kalış süresi ile perioperatif ve postoperatif komplikasyon oranları da benzer bulundu ($p>0,05$). Postoperatif dönemde, her iki grupta da birinci ayda fonksiyonel sonuçlarda anlamlı iyileşme gözlendi ve gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Postoperatif komplikasyonlar düşük oranlarda izlendi ve 1. ve 6. ay sonuçları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.

SONUÇ

HoLEP uygulanan hastalarda, ameliyat öncesi yalnızca alfa1-bloker kullananlar ile alfa 1-bloker+5-ARI kombinasyonu kullananlar arasında perioperatif sonuçlar, cerrahi performans, komplikasyonlar ve fonksiyonel sonuçlar açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Kombinasyon grubunda daha büyük prostat hacmine bağlı olarak cerrahi süreler uzasa da, cerrahi performans ve postoperatif iyileşme benzer bulunmuştur.

Tablo 1. İlaç Kullanımına Göre Başlangıç, İntraoperatif ve Birinci Ay Postoperatif Özellikler

Değişkenler	Tüm Hastalar N=144	Group 1 (Alfa Bloker) N=106 (73.6%)	Group 2 (Alfa Bloker + 5-ARI) N=38 (26.4%)	p
Yaş, yıl	67.2 ±6.8	66.5 ±6.7	69.1 ±6.5	**0.047**
Hipertansiyon				
Hayır Evet	85 (59%) 59 (41%)	63 (59.4%) 43 (40.6%)	22 (57.9%) 38 (42.1%)	0.869
Diabetes mellitus				
Hayır Evet	111 (77.7%) 33 (22.9%)	77 (72.6%) 29 (27.4%)	34 (89.5%) 4 (10.5%)	**0.034**
Preoperatif Özellikler				
PSA, ng/dl	3.9 (2.1–6.3)	4.35 (2.29–6.68)	2.98 (1.95–4.74)	0.105
Prostat hacmi, ml	86 (65-116.3)	82 (64.3–110)	101.5 (68.8–150)	**0.043**
Qmax, ml/s	7 (5–10)	8 (5–10)	7 (6–11)	0.974
IPSS	23 (18–27)	22 (17–26)	24 (20.3–29)	**0.036**
QoL	5 (4–5)	4 (4–5)	5 (4–5)	0.182
PVR, ml	150 (68–295)	150 (70–270)	140 (61–360)	0.803
Median lob varlığı				
Hayır Evet	62 (43.1%) 82 (56.9%)	50 (47.2%) 56 (52.8%)	12 (31.6%) 26 (68.4%)	0.096
Preop. Hgb, g/dL	14.3 (13.3–15.2)	14.1 (13.3–15.1)	14.4 (13.2–15.4)	0.433
Postop. Hgb, g/dL	13.4 (12.4–14.4)	13.4 (12.3–14.4)	13.3 (12.5–14.6)	0.829
Postoperatif 1. Ay Özellikler				
PSA, ng/dl	0.55 (0.14–1.08)	0.67 (0.30–1.14)	0.20 (0.09–0.84)	0.088
Qmax, ml/s	18 (15–21)	18 (15–21)	17.5 (15.3–21.8)	0.877
IPSS	8 (5–12)	9 (5–13)	6.5 (4–11.8)	0.077
QoL	1 (1–2)	1 (1–2)	1 (1–2)	0.102
PVR, ml	39.5 (20–60)	40 (20–60)	35 (6–60)	0.32
İntraoperatif Özellikler				
Rezeksiyon yapılan prostat dokusu, ml	60 (44-80)	60 (40–80)	71 (45–88.8)	0.149
Enükleasyon süresi, dk	65 (55-80)	60 (50–75)	75 (55–95)	**0.022**
Morselasyon süresi, dk	20 (15-30)	20 (15–26.3)	25 (15–35)	0.063
Toplam cerrahi süre, dk	90 (70-105)	90 (70–100)	97.5 (75–131.3)	**0.021**
Enükleasyon etkinliği, ml/dk	0.91 (0.67-1.23)	0.92 (0.70–1.22)	0.87 (0.63–1.24)	0.569
Morselasyon etkinliği, ml/dk	2.93 (2.22-3.67)	3.00 (2.29–3.90)	2.75 (2.00–3.50)	0.352

PSA = prostat spesifik antijen; Qmax = maksimum idrar akım hızı; IPSS = Uluslararası Prostat Semptom Skoru; QoL = yaşam kalitesi; PVR = işeme sonrası rezidüel idrar hacmi; Hgb = hemoglobin; 5-ARI = 5-alfa redüktaz inhibitörü.

SB-337) STRES İNKONTİNANSI OLAN KADIN HASTALARDA ANTERİOR VAJİNAL MUKOZAYA PRF ENJEKSİYONU ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ

ALPER OKUR(1) KADİR CAN ŞAHİN(2) FURKAN KUZUCU(1) ÇETİN DEMİRDAG(3) SİNHARİB CİTGEZ(1)

1. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA,CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
2. bahçelievler devlet hastanesi
3. cerrrahpaşa

AMAÇ

Stres üriner inkontinansı (SÜİ) olan kadın hastalarda anterior vajinal mukoza ve periüretral alana uygulanan enjekte edilebilir trombositten zengin fibrin (i-PRF) tedavisinin klinik sonuçlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ağustos 2024–Eylül 2025 tarihleri arasında kliniğimize stres inkontinans yakınmasıyla başvuran, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 90 hasta randomize edildi. Takipleri tamamlanan 40 i-PRF ve 32 SF grubu olmak üzere 72 hasta çift kör analiz edildi. Hastalara 4-6 hafta arayla ardışık 3 seans, vajinal mukoza altındaki periüretral dokuya 29-G iğne ile 1.5 cm derinlikte 4 cc i-PRF veya SF enjeksiyonu uygulandı. Hastalar başlangıç, 3. ay ve 6. ay kontrollerinde ICIQ-SF ve King's Health Questionnaire (KHQ) yaşam kalitesi ölçekleriyle değerlendirildi. İşlem ağrısı VAS ile değerlendirildi.

BULGULAR

Gruplar arasında bazal demografik, klinik ve ürodinamik parametreler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Takip sürecinde iki grupta ICIQ-SF ve KHQ alt alan skorlarında başlangıca göre anlamlı düzelme kaydedilmiştir ($p<0.001$); ancak 6. ay kontrolünde ICIQ-SF skor değişimi açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmemiştir ($p=0.434$). İşlem ağrısı analizinde; ilk enjeksiyonda fark saptanmazken ($p=0.068$), 2. ve 3. enjeksiyonlarda PRF grubunda anlamlı derecede daha düşük VAS skorları elde edilmiştir (sırasıyla $p=0.006$ ve $p=0.014$). Çok değişkenli lineer regresyon analizinde, VKİ'nin ?30 kg/m² olması, tedavi sonrası klinik iyileşmeyi (ICIQ-SF) bağımsız olarak olumsuz etkileyen tek majör faktör olarak saptanmıştır (B = -3.230, %95 GA: -6.106 – -0.353; $p=0.028$).

SONUÇ

i-PRF uygulaması, 6. ay genel semptom skorları açısından plaseboya karşı üstünlük sağlamamıştır. i-PRF, tekrarlayan seanslarda ağrıyı anlamlı ölçüde azaltmıştır. Obezite (VKİ ?30 kg/m²), rejeneratif enjeksiyon başarısını bağımsız olarak kısıtlayan kritik bir parametredir.

SB-338) İNFERTİLİTE ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN GENÇ HASTADA DEV SEMİNAL VEZİKÜL KİSTİ

İSMAİL BASARAN(1) ERTUĞRUL YÜLEK(1) ALİCAN KÖK(1) FURKAN YILDIZ(1)

1. İZMİR ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Giriş:

Seminal vezikül kistleri, yaklaşık %0,005 oranında görülen, oldukça nadir karşılaşılan konjenital veya edinsel anomalilerdir. Çoğunlukla asemptomatik seyretmelerine rağmen, farklı klinik semptomlarla da ortaya çıkabilirler. Klinik olarak özellikle cinsel ve üreme aktivitesinin en yoğun olduğu 20–30'lu yaşlarda belirgin hale gelebilirler. Bu durumun, seminal veziküllerde seminal sıvı birikimine bağlı gelişen kistik distansiyon sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir.

En sık görülen semptomlar abdominal, perineal ve pelvik ağrı, ağrılı ejakülasyon, dizüri, sık idrara çıkma, üriner sistem enfeksiyonları, hematüri, epididimit ve prostatit bulgularıdır. Tanı esas olarak radyolojik görüntüleme yöntemleri ile konur. Ultrasonografi ilk basamak görüntüleme yöntemi olarak tercih edilmelidir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG), iyonize radyasyon içermemesi, multiplanar görüntüleme sağlaması, kist içeriğinin değerlendirilmesine olanak tanıması ve eşlik edebilecek üriner sistem anomalilerinin saptanabilmesi nedeniyle uygun bir görüntüleme yöntemidir. Tedavi seçenekleri arasında takip, kist aspirasyonu ve kist eksizyonu yer almaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

olgu sunumu

BULGULAR

Olgu Sunumu:

Yirmi sekiz yaşında erkek hasta, bir yıldır korunmasız cinsel ilişkiye rağmen çocuk sahibi olamama şikâyeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan spermiyogram değerlendirmesinde azospermi saptandı. Fizik muayenesinde bilateral varikosel izlenmedi. Obstrüktif azospermi ön tanısı ile hastaya pelvik MRG çekildi.

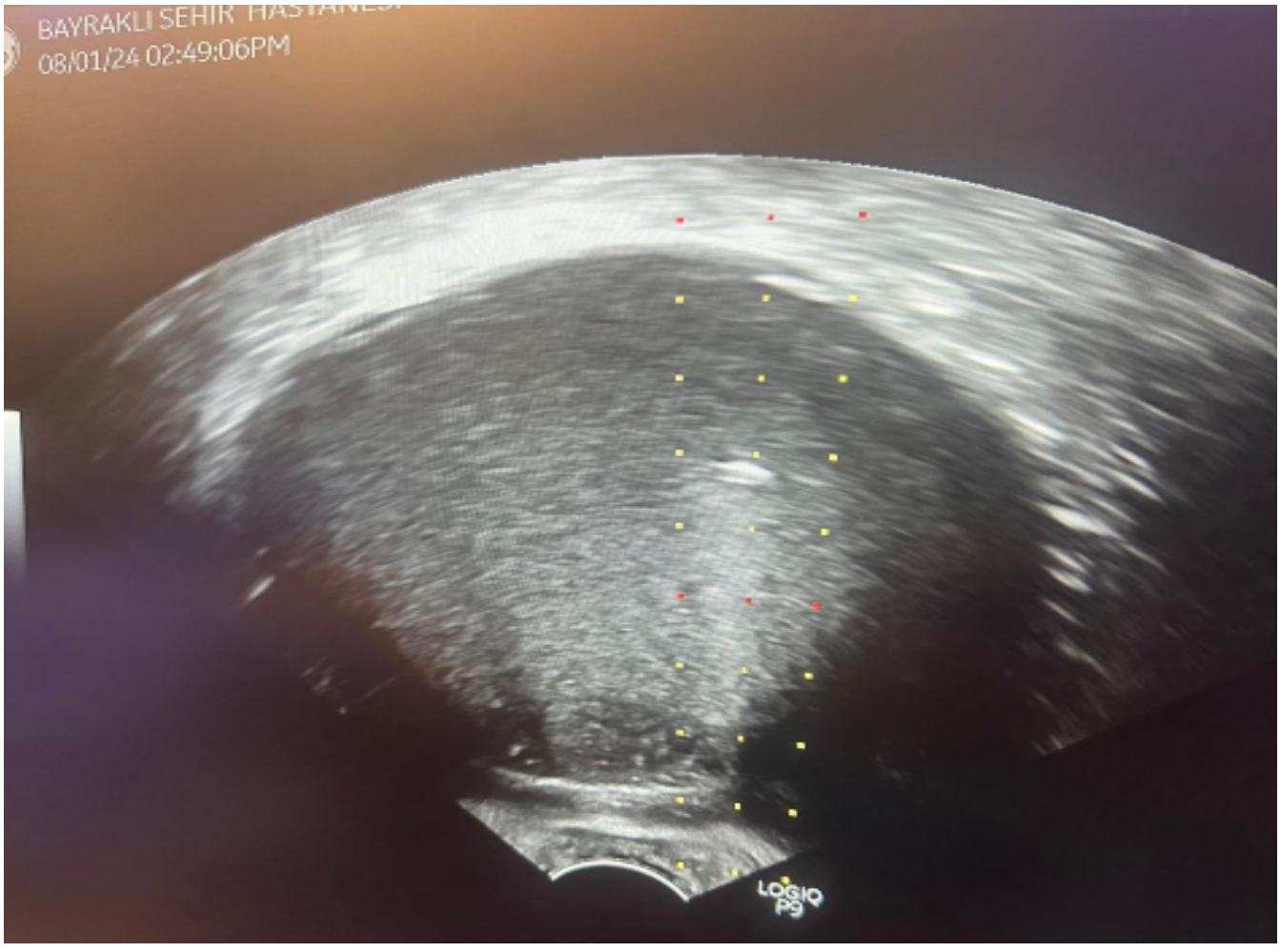
MRG incelemesinde mesane posteriorunda, seminal vezikül ile ilişkili, kalın cidarlı, 103 × 96 mm boyutlarında, içerisinde yoğunlaşmış debris ile uyumlu seviyelenme bulunan, kontrastlanmayan milimetrik solid komponentler içeren ve rektumu anteriordan baskılayan kistik lezyon izlendi.

Hastaya transrektal ultrasonografi eşliğinde kist aspirasyonu yapıldı. İşlem sırasında yaklaşık 350 cc kist içeriği aspire edildi. Kist sıvısının mikrobiyolojik incelemesinde seyrek lökosit saptandı; bakteri görülmedi ve kültürde üreme olmadı. Histopatolojik incelemede zeminde lipofuscin pigmenti ile uyumlu olabilecek pigment birikimi ve köpüklü histiyositler izlendi. İşlem sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Üçüncü ay kontrolünde yapılan spermiyogram değerlendirmesinde hastanın azospermisinin düzeldiği görüldü.

SONUÇ

Seminal vezikül kistleri nadir görülen ve çoğunlukla asemptomatik seyreden patolojilerdir. Ancak büyük boyutlara ulaştıklarında veya ejakülatör kanal obstrüksiyonuna yol açtıklarında infertilite ve obstrüktif azospermi nedeni olabilirler. Görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeler sayesinde bu kistler daha sık saptanmaktadır. Semptomatik olgularda tedavi, hastaya özgü olarak planlanmalı; uygun olgularda transrektal ultrasonografi eşliğinde kist aspirasyonu etkili ve minimal invaziv bir seçenek olarak değerlendirilebilir.



SB-339) TRAVMA SONRASI ARTERİYOSPONGİOZAL FİSTÜLE BAĞLI PERSİSTAN ÜRETRORAJİ: ENDOVASKÜLER TEDAVİ İLE BAŞARILI YÖNETİM

EFE ÖNEN(1) ÜMİT SOYLU(1) KALENDER DURMAZ(1) OĞUZCAN TAHA DEMİRGÖZ(1) MEHMET DOĞAN(1) SEDAT ÖNER(1)

1. BURSA ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

ASF, bulboüretral veya internal pudendal arterin distal dalları ile korpus spongiozum arasında gelişen nadir bir vasküler lezyondur; en sık nedeni künt travmadır. Üretral kanamada önce üretral yaralanma dışlanmalı; ekstravazasyon yokken kanama sürüyorsa vasküler lezyonlar akla gelmelidir. DSA hem tanı hem aynı seansta tedavi imkânı sunar; süperselektif koil embolizasyonu etkili ve güvenlidir. Bu olguda, standart görüntülemeleri normal, persistan üretrorajili genç bir erkekte ASF'nin penil anjiyografi ile saptanması ve tek koille tedavisi sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

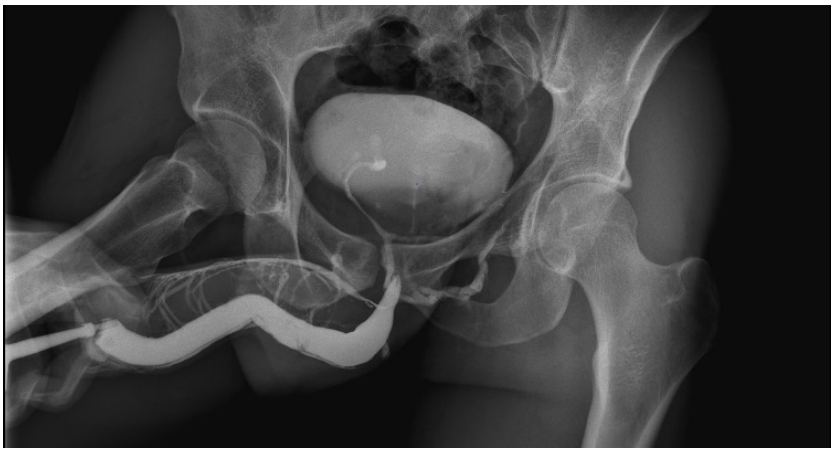
Yirmi beş yaşında erkek hasta, trafik kazası sonrası üretral kanama ile başvurdu. Fizik muayenede belirgin bulgu yoktu. Kontrastlı BT'de ürogenital patoloji saptanmadı. Retrograd üretrografide ekstravazasyon izlenmedi, mesane dolumu sağlandı; ancak penil vasküler yapılarda olağan dışı opasifikasyon dikkati çekti. Düşük kalibrasyonlu Foley sonda (14 Fr) takıldı, ancak üretroraji devam etti. Penil DSA'da internal pudendal arterin distal dalından kaynaklanan ASF saptandı. Süperselektif kateterizasyon sonrası tek mekanik koil ile distal embolizasyon yapıldı; kontrol anjiyografide fistül akımı tamamen kesildi. Üretroraji geriledi, komplikasyon gelişmedi, hasta şikayetsiz taburcu edildi. Birinci ay kontrolünde nüks yoktu.

BULGULAR

Sunulan olguda klasik yüksek akımlı priapizm yerine izole persistan üretroraji ön plandaydı; bu durum tanıyı güçleştirmiştir. Kontrastlı BT'nin normal olması, standart görüntülemenin vasküler lezyonları dışlamada yetersiz kalabileceğini göstermektedir. Üretrografide penil vasküler opasifikasyon, tanı şüphesini doğuran kilit bulgu olmuştur. Literatürde travma veya iyatrojenik girişim sonrası gelişen üretrorajinin pudendal/bulboüretral arter kaynaklı psödoanevrizma veya fistülle ilişkili olabileceği bildirilmiştir; süperselektif embolizasyon ile başarılı sonuçlar alınmıştır. Endovasküler yaklaşım, çevre dokuları koruyarak etkili kanama kontrolü sağlar; erektil fonksiyon genellikle korunur.

SONUÇ

ASF, künt travma sonrası persistan üretroraji ile prezente olabilen, standart görüntülemelerle gözden kaçabilen nadir bir patolojidir. Üretrografide vasküler opasifikasyon önemli bir ipucudur. Devam eden üretrorajide erken DSA tanı ve tedaviyi hızlandırabilir. Süperselektif koil embolizasyonu etkili, minimal invaziv bir seçenektir.



SB-340) PROSTAT BİYOPSİSİNDE PROTOKOL FARKLILIKLARININ KOMPLİKASYONLAR ÜZERİNE ETKİSİ: ÜROLOJİK CERRAHİ DERNEĞİ KOMPLİKASYON ÇALIŞMA GRUBU ÇALIŞMASI

EREN CAN AYDIN(1) ANIL ŞERİF DEMİR(1) EMRAH IŞIKLI(2) KAAN HAPOĞLU(3) RİDELL LOGLİ(3) ERMAN CEYHAN(3)

1. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
2. KOCAELİ DERİNCE ŞEHİR HASTANESİ
3. BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Bu çalışmada, üç farklı merkezde uygulanan transrektal prostat biyopsisi ve antibiyotik profilaksi protokollerinin biyopsi sonrası komplikasyonlarla ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Çok merkezli, retrospektif olarak yürütülen bu çalışmaya son bir yılda prostat biyopsisi uygulanan 699 hasta dahil edildi. Demografik veriler ve klinik özellikler, multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme (mpMR) bulguları, biyopsi yöntemi, anestezi yöntemi, antibiyotik profilaksisi protokolü, patoloji sonuçları ve biyopsi sonrası komplikasyonlar kaydedildi. Oral antibiyotikler prostat biyopsisinden 24 saat önce, parenteral antibiyotikler işlemden 1 saat önce uygulandı. Komplikasyonlar Clavien-Dindo sınıflamasına göre derecelendirildi.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 65,96±7,66 yıldı. Biyopsi öncesi prostat spesifik antijen düzeyi ortalaması 28,88±228,45ng/mL. Hastaların %93,1'ine(n=651) sistematik transrektal prostat biyopsisi, %6,9'una(n=48) transrektal füzyon biyopsi uygulandı. En sık profilaksi protokolü siprofloksasin monoterapisiydi(%66,0;n=461). Hastaların %84,5'inde(n=591) prostat adenokarsinomu, %15,5'inde(n=108) benign patoloji saptandı. Adenokarsinom saptanan hastaların %39,6'sı (n=234) ISUP 1, %4,9'u (n=29) ISUP 2, %15,6'sı (n=92) ISUP 3, %27,1'i (n=160) ISUP 4 ve %12,9'u (n=76) ISUP 5'ti. Hastaların %54,4'ünde(n=380) en az bir komplikasyon saptandı. Komplikasyonların %36,3'ü(n=138) Clavien-Dindo derece I, %63,4'ü(n=241) derece II ve %0,3'ü(n=1) derece IIIb'ydi. Biyopsi sonrası rektal kanama %51,5(n=360), orşit %44,5(n=311), hematospermi %32,8(n=229), hematüri %30,6(n=214), ateş %25,5(n=178), üriner sistem enfeksiyonu %25,3(n=177), prostatit %19,9(n=139), üriner retansiyon %19,0(n=133) ve sepsis %13,0(n=91) oranında saptandı. Hastaların %36,2'si(n=253) biyopsi sonrası acil servise başvurdu. Hastaneye yatış oranı %6,7'ydi(n=47/698). Yatışların büyük çoğunluğu enfeksiyon ilişkili nedenlerleydi, bir hasta rektal kanama nedeniyle hastaneye yatırıldı ve transfüzyon gereksinimi oldu. Komplikasyon oranları siprofloksasin monoterapisi grubunda %78,3(n=361/461), gentamisin monoterapisi grubunda %18,2(n=2/11), seftriakson-trimetoprim-sülfametoksazol grubunda %9,8'di(n=9/92), siprofloksasin-seftriakson grubunda %7,6(n=8/105) ve levofloksasin-seftriakson-fosfomisin grubunda %0(n=0/30) olarak bulundu ve komplikasyon oarnları arası fark istatiksel olarak anlamlıydı(p<0,001). Sistematik transrektal biyopsi sonrasında komplikasyon oranı %57,5(n=374/651), transrektal füzyon biyopsisi sonrasında ise %12,5'ti(n=6/48)(p<0,001). Komplikasyon gelişen hastaların medyan yaşı, komplikasyon gelişmeyen hastalardan daha düşüktü [65 (43–82) ve 68 (46–89) yıl; p=0,000, Tablo 1]. Haftalık prostat biyopsisi sayısı ikinin altında olan kliniklerdeki komplikasyon oranı(%12) haftalık biyopsi sayısı dokuzun üzerinde olan kliniklerin oranlarına(%57,6) göre istatiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktü(p=0,000).

SONUÇ

Farklı antibiyotik profilaksisi protokolleri ve transrektal biyopsi yöntemleri arasında komplikasyon oranları bakımından belirgin farklılıklar saptandı. Bulgular, prostat biyopsisi öncesi profilaksinin yerel direnç verileri doğrultusunda standardize edilmesini, transrektal biyopside hedefe yönelik veya güçlendirilmiş profilaksinin değerlendirilmesini desteklemektedir.

KOMPLİKASYON	KOMPLİKASYON OLMAYAN	KOMPLİKASYON GELİŞEN	p
Herhangi bir komplikasyon Medyan (min–maks)	68 (46–89)	65 (43–82)	0,000
Üriner sistem enfeksiyonu Medyan (min–maks)	67 (43–89)	64 (45–82)	0,000
Hematüri Ortalama ± SS	66,71±7,63	64,28±7,49	0,000
Hematospermi Medyan (min–maks)	68 (46–89)	64 (43–82)	0,000
Ateş Medyan (min–maks)	67 (43–89)	64 (45–82)	0,000
Prostatit Medyan (min–maks)	67 (43–89)	65 (45–78)	0,059
Üriner retansiyon Medyan (min–maks)	67 (43–89)	64 (45–80)	0,003
Sepsis Medyan (min–maks)	67 (43–89)	63 (47–78)	0,000
Orşit Medyan (min–maks)	68 (45–89)	65 (43–82)	0,000
Acil servis başvurusu Medyan (min–maks)	68 (45–89)	64 (43–80)	0,000

Tablo 1. Yaş ile biyopsi sonrası komplikasyonlar arasındaki ilişki. Veriler medyan (minimum–maksimum) veya ortalama±standart sapma olarak sunuldu.

SB-341) ICIQ-S ANKETİNİN TÜRKÇE VERSİYONUNUN GÜVENİLİRLİK VE GEÇERLİLİĞİ

ERDİNÇ DİNÇER(1) ORKUNT ÖZKAPTAN(1) CENGİZ ÇANAKÇI(1) OGUZ TURKYILMAZ(1) MELİH KAAN İLGİNLİ(1) MUHAMMED AKÇAKUYU(1) MUHAMMED PEKMEZ(1) NUHAT SÜMER(1)

1. KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, International Consultation on Incontinence Questionnaire–Satisfaction (ICIQ-S) anketinin Türkçe versiyonunu oluşturmak, kültürel olarak uyarlamak ve ürolojik cerrahi geçiren hastalarda güvenilirlik ile geçerliliğini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Hasta bildirimli sonuç ölçütleri (PROM), günümüz hasta merkezli sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir bileşeni haline gelmiştir. Özellikle ürolojide tedavi başarısı; yalnızca teknik veya onkolojik sonuçlarla değil, hastanın algıladığı fonksiyonel iyileşme ve memnuniyetle de tanımlanmaktadır. ICIQ-S, cerrahi sonuç, genel memnuniyet, yaşam kalitesi, postoperatif ağrı ve ağrı yönetimi memnuniyetini tek bir ankette değerlendiren kapsamlı bir araç olarak geliştirilmiştir. Ancak bugüne kadar geçerliliği kanıtlanmış bir Türkçe versiyonu bulunmamaktaydı; bu durum, Türkçe konuşan popülasyonlarda standardize hasta bildirimli sonuç değerlendirmesini sınırlamaktaydı. Bu metodolojik doğrulama çalışmasına, ürolojik cerrahi geçirmiş 130 hasta dahil edildi. ICIQ grubundan izin alınarak dilsel uyarlama süreci; ileri çeviri, araştırma ekibi tarafından inceleme, kör geri çeviri ve 20 hasta ile yapılan bilişsel görüşmeler şeklinde dört aşamada tamamlandı. Hastalar ameliyattan 15 gün sonra Türkçe ICIQ-S, Numerik Ağrı Skalası (NRS) ve Hastanın Global İyileşme İzlenimi (PGI-I) ölçeklerini doldurdu; test-retest güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla aynı katılımcılar 1 ay sonra ICIQ-S'i tekrar tamamladı. İç tutarlılık Cronbach's alfa, test-retest güvenilirliği sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC), yapısal geçerlilik varimax rotasyonlu açımlayıcı faktör analizi (EFA), yakınsak geçerlilik ise Spearman korelasyon katsayısı ile değerlendirildi. Taban ve tavan etkileri, en düşük/yüksek puanı alan katılımcı oranı hesaplanarak incelendi.

BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması 55.35 ± 16.15 (%57.7'si erkek) idi. Ortalama ICIQ-S sonuç puanı 19.13 ± 3.40 (aralık 8–24) olarak bulundu. Puanlanan cerrahi sonuç alanı kabul edilebilir iç tutarlılık gösterdi (Cronbach's alfa = 0.674; düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları 0.316–0.608). Test-retest güvenilirliği mükemmel düzeydeydi (ICC = 0.901; %95 GA: 0.858–0.931; $p < 0.001$). Açımlayıcı faktör analizi (EFA), toplam varyansın %64'ünü açıklayan iki faktörlü bir yapı ortaya koydu (KMO = 0.715; Bartlett testi $p < 0.001$). Yakınsak geçerlilik analizinde, cerrahi sonuç alanı ile PGI-I arasında orta düzeyde ($r = 0.389$, $p < 0.001$), genel memnuniyet maddesi ile PGI-I arasında güçlü ($r = 0.842$, $p < 0.001$) bir korelasyon saptandı; ağrı maddesi de NRS ile anlamlı korelasyon gösterdi ($r = 0.365$, $p < 0.001$). Taban/tavan etkileri minimaldi (%0.8).

SONUÇ

ICIQ-S'in Türkçe versiyonu, ürolojik cerrahi sonrası hasta bildirimli sonuçların değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir araçtır. Kabul edilebilir iç tutarlılık, mükemmel test-retest güvenilirliği ve destekleyici yapısal/yakınsak geçerlilik kanıtlarıyla, Türkçe ICIQ-S'in klinik pratikte rutin kullanıma, kalite iyileştirme çalışmalarına ve çok merkezli araştırmalara temel oluşturması beklenmektedir.

SB-342) BÖBREK NAKİLLİ HASTADA DEV OTOZOMAL DOMİNANT POLİKİSTİK BÖBREK NEDENİYLE UYGULANAN TEK TARAFLI AÇIK NEFREKTOMİ: BİR OLGU SUNUMU

HASAN ANIL KURT(1) CABİR ALAN(1) İBRAHİM ONUR BAĞRIYANIK(1) SEFA SİLAY(1)

1. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı (ODPBH) yaşamın genellikle 3. ve 4. dekadında ortaya çıkan yaygın kalıtımsal bir hastalıktır. Diyaliz hastalarının yaklaşık %10'u etkileyen en sık son dönem böbrek yetmezliği nedenlerinden biridir. Hematüri, kistlerin çok büyümesi, hipertansiyon, kronik ağrı, kanama, kronik idrar yolu enfeksiyonu, böbrek-üreter taşı ve böbrek yetmezliği gibi çeşitli komplikasyonları olabilir. Semptomatik olmayan ODPBH'da morbidite ve mortalite göz önüne alındığında nefrektominin gereği yoktur. Ancak hematüri, kanama, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, batında böbrek nakli için yer olmaması ve malignite şüphesi gibi komplikasyonlar olması durumda nefrektomi endikasyonu konulabilir.
Bilateral dev polikistik böbreği olan hastada kronik ağrı nedeniyle yapılan sol açık nefrektomi operasyonunu sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

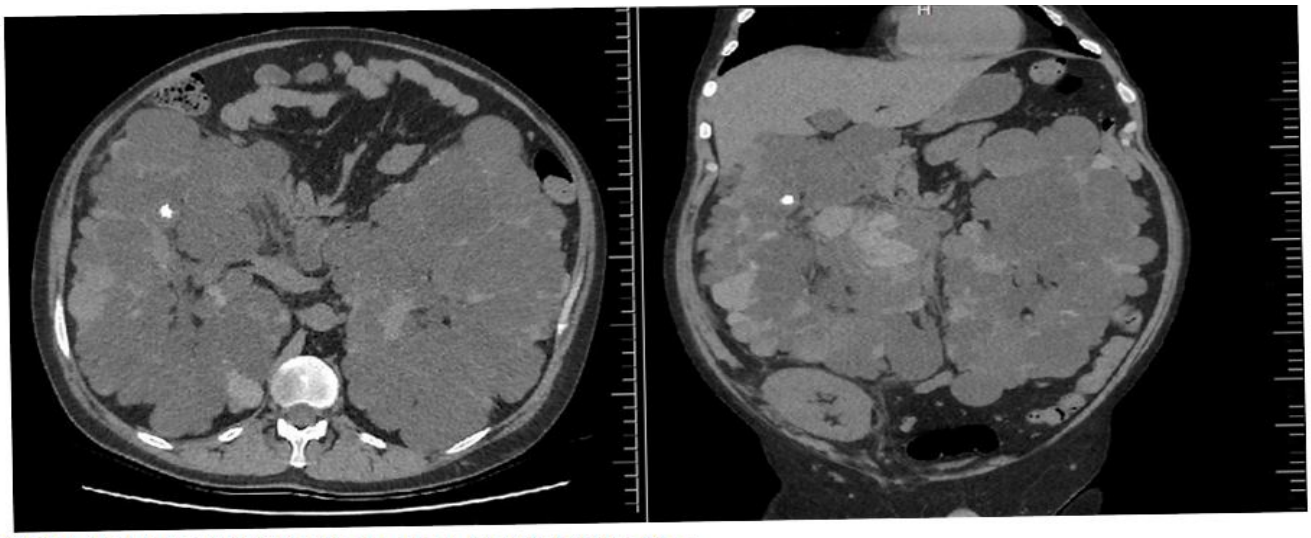
14 yıl önce erken yaş hipertansiyon nedeni araştırılırken ODPBH tanısı alan 38 yaşındaki erkek hasta sunulmuştur. Hasta, 31.03.2021 tarihinde gerçekleşen böbrek nakli öncesinde 18 ay boyunca hemodiyaliz tedavisi almıştır. Hastanın fizik muayenesinde bilateral polikistik böbreğe bağlı batın distansiyonu, mide-bağırsak rahatsızlıkları ve kronik karın/yan ağrısı saptanmıştır. Çekilen bilgisayarlı tomografide batın içi diğer organları iten dev kistik böbrekler izlenmiştir. Batında yeterli alan bulunmaması sebebiyle laparoskopik cerrahi düşünülmemiş; hastaya sol lateral dekübit pozisyonunda lombotomi insizyonu kullanılarak sol açık nefrektomi uygulanmıştır.

BULGULAR

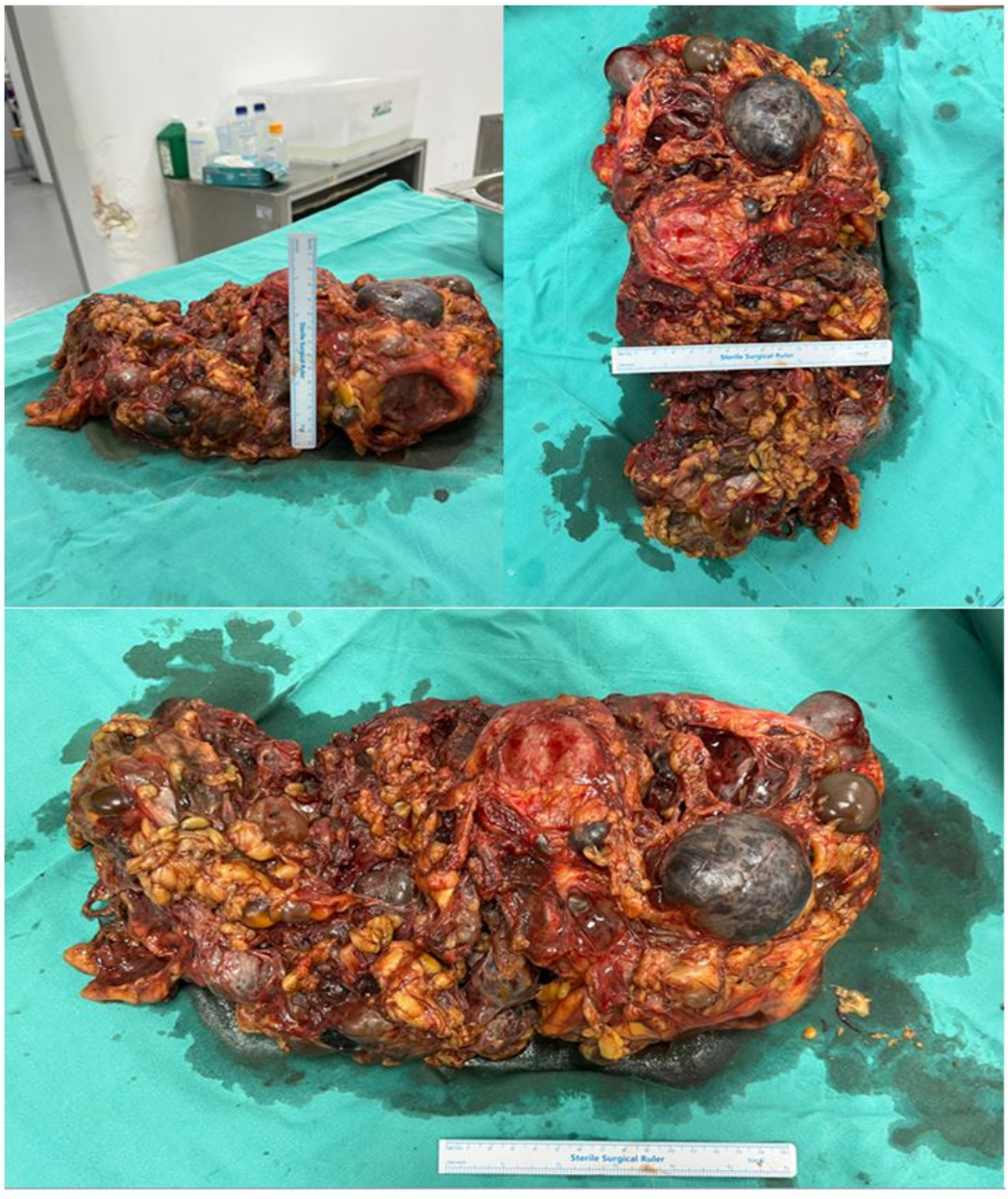
Cerrahi olarak çıkarılan sol böbreğin ağırlığı 4000 gram, boyutları ise 15x35x9 cm olarak ölçülmüştür. Histopatolojik inceleme sonucunda, parankimi son derece azalmış ve renal kistik hastalıkla uyumlu multikistik böbrek dokusu saptanmıştır. Operasyon sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmemiş olup, hasta 5. günde şikayetleri düzelmiş olarak taburcu edilmiştir. Hastanın 3. aydaki kontrollerinde şikayetlerinin tamamen geçtiği ve herhangi bir komplikasyon yaşanmadığı gözlemlenmiştir.

SONUÇ

ODPBH semptom gelişmedikçe nefrektomi düşünülmemektedir. Olgumuz literatürde önerilen şekilde böbrek nakli sonrası böbrek fonksiyon değerleri korunduktan sonra gelişen kronik ağrılar nedeniyle tek taraflı nefrektomi opere edilmiştir. Renal transplantasyon yapılmış, nativ dev kistik böbrekli olgularda nefrektomi olgusu literatürde yeterince bulunmadığından olgumuz güncel literatüre katkı sağlayacaktır.



Şekil 1: BT görüntüsünde dev kistik böbrekler



Şekil 2: Nefrektomi operasyon materyali

SB-343) SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA HPV BİLGİ DÜZEYİ İLE ERKEK AŞILAMASINA YÖNELİK TUTUM ARASINDAKİ UYUŞMAZLIK

ANIL ŞERİF DEMİR(1) AHMET EMRE EREN(1) İZEL YAVUZER(1) İLKER AKARKEN(1) HÜSEYİN TARHAN(1)

1. muğla eğitim ve araştırma hastanesi

AMAÇ

Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının İnsan Papilloma Virüsü (HPV) ve aşısına yönelik bilgi düzeylerinin, erkek çocukların/bireylerin aşılanmasına yönelik tutumları ile ilişkisini değerlendirmek ve bu tutumla ilişkili bağımsız faktörleri tanımlamak amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Kesitsel tipteki bu araştırmaya 1000 sağlık çalışanı dahil edildi. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, HPV'ye ilişkin bilgi düzeyleri ve erkek aşılamasına yaklaşımları yapılandırılmış bir anket formu ilesorgulandı. Bağımlı değişken olarak erkek HPV aşılamasını destekleme durumu (evet/hayır) tanımlandı. Veriler öncelikle tek değişkenli analizle değerlendirildi. Bu analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı saptanan ($p < 0,05$) tüm değişkenler (yaş, kanser ilişkisi bilgisi, korunma yolları, bulaş yolları ve aşı seçenekleri farkındalığı), erkek aşılamasını desteklemeyle ilişkili bağımsız faktörleri saptamak amacıyla Çok Değişkenli Lojistik Regresyon modeline dahil edildi.

BULGULAR

Katılımcıların %97,5'i HPV-kanser ilişkisini, %87,2'si ise HPV aşısının gerekliliğini bildiğini beyan etmiştir. Buna karşın, erkeklerin aşılanmasına yönelik destek oranı %53,5 seviyesinde kalmıştır. Lojistik regresyon analizi sonucunda; çocukluk dönemi aşılama takvimi bilgisi desteği 5,49 kat (OR: 5,49; %95 CI: 4,10-7,36) ve aşı seçenekleri farkındalığı 1,81 kat (OR: 1,81; %95 CI: 1,17-2,80) artıran bağımsız ilişkili faktörler olarak saptanmıştır. Artan yaşın ise erkek aşılamasına desteği anlamlı derecede azalttığı görülmüştür (OR: 0,68; %95 CI: 0,54 - 0,86; $p = 0,001$). Univariate analizde anlamlı olan genel kanser ve bulaş bilgisinin, multivariable modelde bağımsız bir etkisi saptanmamıştır ($p > 0,05$).

SONUÇ

Sağlık çalışanlarında HPV farkındalığı çok yüksek olmasına rağmen, erkek aşılamasına yönelik kabulün yaklaşık her iki katılımcıdan birinde sınırlı kalması bir "bilgi-tutum uyuşmazlığına" işaret etmektedir. Bu tutumun genel hastalık bilgisinden ziyade, özellikle aşı takvimi ve aşı seçeneklerine ilişkin spesifik bilgi düzeyi ile ilişkili olduğu görülmektedir. Erkek HPV aşılama oranlarını artırmak için sağlık profesyonellerine yönelik, cinsiyetten bağımsız aşılama stratejilerini içeren hedeflenmiş eğitim modülleri geliştirilmelidir.

Tablo: Erkek HPV Aşılamasını Desteklemeyi Etkileyen Faktörlerin Analizi

Değişken	Univaryant OR [%95 CI]	Univaryant (p)	Multivaryant OR [%95 CI]	Multivaryant (p)
Çocukluk Dönemi Aşı Bilgisi	**6,12 [4,80 - 7,90]**	**<0,001**	**5,49 [4,10 - 7,36]**	**<0,001**
Aşı Seçenekleri Farkındalığı	**2,45 [1,70 - 3,50]**	**<0,001**	**1,81 [1,17 - 2,80]**	**0,008**
Yaş	**0,62 [0,50 - 0,78]**	**<0,001**	**0,68 [0,54 - 0,86]**	**0,001**
HPV-Kanser İlişkisi Bilgisi	1,48 [1,10 - 2,05]	0,034	1,22 [0,88 - 1,70]	0,214
HPV Korunma Yöntemi Bilgisi	1,35 [1,15 - 1,60]	0,001	0,82 [0,55 - 1,21]	0,321
Bulaş Yolları Bilgisi	1,28 [1,08 - 1,55]	0,002	0,94 [0,68 - 1,30]	0,712
Cinsiyet (Kadın)	0,98 [0,75 - 1,30]	0,992	-	-

SB-344) FOURNİER GANGRENİNDE BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ BULGULARI HASTANE İÇİ MORTALİTEYİ ÖNGÖREBİLİYOR MU?

ABDULKADİR BACAK(1) HAKKICAN YUVAK(1) ENES ABDULLAH BAYNAL(1) SERDAR BAYKAL(2) ENGİN TELLİ(1) ALİ ORDU(1) BERK SÜNNETÇİ(3) NACİ BURAK ÇINAR(1) İBRAHİM ERKUT AVCI(1) KEREM TEKE(1) ÖZGÜR ÇAKIR(3) ÖNDER KARA(1)

1. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, KOCAELİ
2. GEBZE FATİH DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ BÖLÜMÜ, KOCAELİ
3. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, RADYOLOJİ ANABİLİM DALI, KOCAELİ

AMAÇ

Fournier gangreni yüksek mortalite riski taşıyan nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonudur. Klinik şiddet skorları prognoz değerlendirmesinde kullanılsa da, bilgisayarlı tomografi (BT) temelli radyolojik yayılım ve lezyon içeriği ölçümlerinin mortalite ile ilişkisi net değildir. Bu çalışmada Fournier gangreni olgularında BT temelli volümetrik ölçümlerin ve klinik parametrelerin hastane içi mortalite ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda 2006-2022 yılları arasında Fournier gangreni tanısıyla cerrahi tedavi uygulanan 183 adet hastanın klinik, laboratuvar ve radyolojik verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Bilgisyarli Tomografi görüntülerine ulaşılan ve ölçüm yapılabilen toplam 81 hasta çalışmaya dahil edildi. Demografik veriler, komorbiditeler, Fournier Gangrene Severity Index (FGSI), kültür sonuçları, çoklu ilaç direnci, ostomi açılması, debridman sayısı, hastanede kalış süresi ve hastane içi mortalite kaydedildi. Radyolojik değerlendirmeler radyoloji hekimleri tarafından yapıldı. BT görüntüleri üzerinden toplam lezyon hacmi, gaz hacmi, sıvı hacmi, gaz oranı ve Hounsfield Unit (HU) ölçümleri hesaplandı. Hastalar mortalite durumuna göre karşılaştırıldı. Hastane içi mortalite ile ilişkili değişkenler çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya 81 hasta dahil edildi. Hastaların demografik, klinik, mikrobiyolojik ve radyolojik özellikleri Tablo 1'de özetlendi. Hastane içi mortalite 16 (%19.8) hastada izlendi. Mortalite durumuna göre yapılan karşılaştırmada yaş, VKİ, cinsiyet, diyabetes mellitus, hipertansiyon, kronik böbrek hastalığı, koroner arter hastalığı ve malignite açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. FGSI mortalite gelişen hastalarda anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$). BT temelli ölçümlerde toplam lezyon hacmi, gaz hacmi, sıvı hacmi, ortalama gaz HU, ortalama sıvı HU ve ortalama HU açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Buna karşılık gaz oranı mortalite gelişen grupta anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,034$). Ostomi açılması da mortalite gelişen hastalarda daha sık izlendi ($p=0,023$). Mortaliteye göre yapılan karşılaştırmalar Tablo 2'de sunuldu. Çok değişkenli analizde yalnızca FGSI hastane içi mortalite ile bağımsız ilişkili bulundu ($p<0,001$); gaz oranı ise modele eklendiğinde anlamlılığını korumadı ($p=0,317$) (Tablo 3).

SONUÇ

Fournier gangreninde Fournier Gangrene Severity Index (FGSI), hastane içi mortalite ile bağımsız ilişkili temel parametre olarak görünmektedir. BT temelli radyolojik ölçümler içinde yalnızca gaz oranı tek değişkenli analizde mortalite ile ilişkili bulunmuş, ancak FGSI ile birlikte değerlendirildiğinde bağımsız prognostik anlamlılık göstermemiştir. Bu nedenle BT temelli gaz oranı klinik şiddet skorunu destekleyici bir bulgu olabilir; ancak mevcut verilerle FGSI'ye ek bağımsız bir mortalite belirteci olarak yorumlanmamalıdır.

Değişken	OR	%95 GA	P Değeri
FGSI	1,450	1,193–1,763	<0,001
Gaz oranı (%)	1,010	0,991–1,029	0,317

3. Mortalite ile ilişkili faktörlerin çok değişkenli lojistik regresyon analizi

Tablo 2. Mortalite durumuna göre Fournier gangreni olgularının demografik, klinik ve görüntüleme özelliklerinin karşılaştırılması

	Mortalite (-) (*n*=65)	**Mortalite (+) (*n*=16)**	***P* Değeri**
Yaş (yıl), ortalama ± SS	55,5 ± 11,74	61,6 ± 17,17	0,094
VKİ (kg/m²), ortalama ± SS	27,5 ± 5,65	25,8 ± 8,50	0,462
Cinsiyet			0,447
Kadın, n (%)	8 (12,3)	3 (18,8)	
Erkek, n (%)	57 (87,7)	13 (81,3)	
DM, n (%)	39 (60,0)	10 (62,5)	0,855
HT, n (%)	24 (36,9)	9 (56,3)	0,159
KBH, n (%)	6 (9,2)	1 (6,3)	1,000
KAH, n (%)	12 (18,5)	3 (18,8)	1,000
Malignite, n (%)	10 (15,4)	2 (12,5)	1,000
FGSI, ortanca [ÇAA]	4,0 [3,00–5,00]	9,0 [5,75–10,75]	**<0,001**
Total hacim (cm³), ortanca [ÇAA]	190,0 [90,50–321,10]	139,5 [91,50–290,75]	0,859
Gaz hacmi (cm³), ortanca [ÇAA]	48,1 [2,00–228,00]	84,0 [45,05–257,23]	0,095
Sıvı hacmi (cm³), ortanca [ÇAA]	65,0 [10,00–165,80]	36,5 [0,00–115,50]	0,378
Gaz oranı (%), ortanca [ÇAA]	59,7 [0,70–93,10]	84,3 [48,13–100,00]	**0,034**
Ortalama gaz HU, ortanca [ÇAA]	-621,0 [-845,00 – -332,00]	-356,5 [-851,00 – -271,25]	0,276
Ortalama sıvı HU, ortanca [ÇAA]	17,0 [8,00–23,00]	12,5 [-10,00–25,50]	0,259
Ortalama HU, ortanca [ÇAA]	-47,0 [-121,25 – 3,50]	-131,5 [-224,50 – -36,50]	0,052
Çoklu ilaç direnci (MDR), n (%)	31 (66,0)	8 (66,7)	1,000
Ostomi açılması, n (%)	26 (40,0)	12 (75,0)	**0,023**
Debridman sayısı, ortanca [ÇAA]	3,0 [2,00–4,00]	2,0 [2,00–4,00]	0,762
Hastanede kalış süresi (gün), ortanca [ÇAA]	22,0 [13,00–33,00]	27,5 [12,00–57,50]	0,451

ÇAA: Çeyrekler arası aralık; SS: Standart sapma; VKİ: Vücut kitle indeksi; DM: Diyabetes mellitus; HT: Hipertansiyon; KBH: Kronik böbrek hastalığı; KAH: Koroner arter hastalığı; FGSI: Fournier Gangrene Severity Index; HU: Hounsfield unit.

SB-345) NADİR BİR RETROPERİTONEL LEZYON

MEHMET SALİH BOĞA(1) MEHMET AKİF AYDIN(1) UMUR CEM TOPCU(1) BATUHAN FURKAN BERK(1) OZAN AKGÜL(1) HASAN ARDA DURAK(1) BARAN ARSLAN(1) MAHMUT EKREM İSLAMOĞLU(1)

1. ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Foregut kistleri, embriyonik ön bağırsağın gelişimi sırasında meydana gelen anomaliler sonucunda oluşan nadir konjenital lezyonlardır. Genellikle toraks içerisinde yerleşmekle birlikte retroperitoneal bölgede oldukça nadir görülürler. Böbrek veya sürrenal bez komşuluğunda yerleşen retroperitoneal foregut kistleri, radyolojik olarak renal ya da adrenal kaynaklı kitlelerle karışabilmektedir. Literatürde Türkiye'den de sınırlı sayıda retroperitoneal bronkojenik kist olgusu bildirilmiştir. Bu vaka sunumunda, renal kitle ön tanısıyla cerrahi planlanan ve histopatolojik inceleme sonucunda bronkojenik tip foregut kisti ile uyumlu bulunan retroperitoneal kistik lezyonun sunulması amaçlandı

GEREÇ-YÖNTEM

İnsidental olarak saptanan sol renal kitle nedeniyle kliniğimizde değerlendirilen 46 yaşındaki kadın hastanın klinik, radyolojik, intraoperatif ve histopatolojik bulguları retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR

Kırk altı yaşındaki kadın hastanın abdominal bilgisayarlı tomografi incelemesinde, sol böbrek üst pol düzeyinde 33×34 mm boyutunda, renal hücreli karsinom veya onkositom ön tanıları düşünülen kitle lezyonu izlendi.

Şekil 1. Koronal kontrastlı abdominal BT'de sol böbrek üst polü ile sürrenal bez komşuluğunda kitlesel lezyon.

Şekil 2. Robot yardımlı cerrahi sırasında böbrek ve sürrenal bezden bağımsız retroperitoneal kitlenin intraoperatif görünümü.

Hastaya renal kitle ön tanısıyla robot yardımlı parsiyel nefrektomi planlandı. Genel anestezi altında sağ lateral dekübit pozisyonunda transperitoneal olarak batına girildi. Toldt hattı boyunca periton insize edilerek Gerota fasyası ekspoze edildi ve dalak kraniale doğru mobilize edildi. Sürrenal bezin izole edilmesinin ardından böbrek ile sürrenal bez arasında yaklaşık 3,5–4 cm boyutunda kitle lezyonu izlendi. İntraoperatif değerlendirmede kitlenin böbrek ve sürrenal bez ile bağlantısının bulunmadığı, posterior kas dokusu komşuluğunda yerleştiği görüldü. Bunun üzerine parsiyel nefrektomiden vazgeçilerek kitle çevre dokulardan tamamen ayrıldı ve endobag içerisinde eksize edildi.

Operasyon komplikasyonsuz olarak tamamlandı.

Histopatolojik incelemede lezyonun morfolojik özellikleri, öncelikle bronkojenik tip foregut kisti olmak üzere konjenital rezidüel kist ile uyumlu olarak değerlendirildi. İnvaziv malignite bulgusuna rastlanmadı. Lezyonun bütünlüğü korunarak tamamen çıkarıldığı bildirildi.

SONUÇ

Retroperitoneal bronkojenik tip foregut kistleri oldukça nadir görülen konjenital lezyonlardır. Türkiye'den de sınırlı sayıda olgu bildirilmiş olmakla birlikte, renal kitleyi taklit eden bu lezyonlar günlük üroloji pratiğinde nadiren akla gelmektedir. Böbrek üst polü ve sürrenal bez komşuluğundaki yerleşimleri nedeniyle görüntüleme yöntemlerinde renal veya adrenal neoplazmlarla karışabilirler. Preoperatif kesin tanının güç olması ve malignite olasılığının dışlanamaması nedeniyle tam cerrahi eksizyon hem kesin tanı hem de tedavi açısından önemlidir. Böbrek üst pol komşuluğunda saptanan ve radyolojik olarak renal kökenli olduğu düşünülen kitlelerin ayırıcı tanısında retroperitoneal foregut kistleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

SB-346) FOURNİER GANGRENİNDE YOĞUN BAKIM GEREKSİNİMİNİ ÖNGÖREN KLİNİK VE LABORATUVAR PARAMETRELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

MUSTAFA OZAN ATAÇER(1) GÖKTAN ALPTUĞ ÖZ(2) CANER ÖZER(3) GÖKHAN ÇEVİK(4)

1. EŞME DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, UŞAK
2. DÖRTYOL DEVLET HASTANESİ,ÜROLOJİ KLİNİĞİ, HATAY
3. SULTAN 1. MURAT DEVLET HASTANESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, EDİRNE
4. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ KLİNİĞİ, EDİRNE

AMAÇ

Fournier Gangreni (FG) hızlı ilerleyen ve erken cerrahi müdahale sonrasında dahi yüksek mortalite riski taşıyan nekrotizan bir yumuşak doku enfeksiyonudur. Erken tedavi uygulansa dahi hastaların bir bölümünde yoğun bakım takibi ve ileri organ desteği gerekebilmektedir. Bu çalışmada, Fournier Gangreni nedeniyle tedavi edilen hastalarda yoğun bakım gereksinimi ile ilişkili klinik ve laboratuvar parametrelerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 20215- Haziran 2026 tarihleri arasında Fournier Gangreni ile acil servise başvurup üroloji kliniği tarafından değerlendirildikten sonra tedavi altına alınan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, komorbiditeleri, başvuru sırasındaki laboratuvar ve vital bulguları, LRINEC ve qSOFA skorları, yoğun bakım yatışı ve mortalite durumları kaydedildi. Yoğun bakımda en az bir gün izlenen hastalar yoğun bakım gereksinimi olan grup, yoğun bakım yatışı bulunmayan hastalar ise kontrol grubu olarak sınıflandırıldı. Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler sayı ve yüzde [n (%)] olarak ifade edildi. Tek değişkenli analizlerde kategorik değişkenler Ki-kare testi, sürekli değişkenler ise dağılım özelliklerine göre bağımsız örneklem Student's t-testi veya Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 88 erkek hastanın yaş ortalaması 61,4±13,0 yıl olup 26 (%29,5) hastada yoğun bakım gereksinimi gelişti. Hastaların klinik ve demografik verileri Tablo 1'de ayrıntılı şekilde verilmiştir. Yoğun bakım gereksinimi olan hastalarda başvuru kan glukoz yüksekliği ($p=0,002$), kan üre yüksekliği ($p=0,049$), kalp atım hızının yüksekliği ($p=0,001$), qSOFA skoru ($p=0,001$), total protein ($p=0,001$) ve albümin düzeyinin düşüklüğü ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı bulundu. LRINEC skoru açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (p:0,304). Yoğun bakım gereksinimi olan hastalarda mortalite oranı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. (p:0,001). Yoğun bakım gereksinimini saptamak için hastaların karşılaştırılan parametreleri ve p değerleri Tablo 2'de ayrıntılı şekilde gösterildi.

SONUÇ

Fournier Gangreni'nde başvuru sırasındaki düşük albümin düzeyi, yüksek kalp atım hızı, hiperglisemi ve artmış qSOFA skoru yoğun bakım gereksiniminin erken öngörülmesinde hızlı bakılabilen değerli belirteçlerdir. Bu parametrelerin birlikte değerlendirilmesi, yüksek riskli hastaların klinik yönetiminde ve yoğun bakıma yönlendirilmesine katkı sağlayabilir.

Tablo 1. Hastaların Demografik Ve Klinik Özellikleri

Değişken	Tüm Hastalar (n=88)
Sigara Kullanımı, n (%)	48 (54,5)
Diabetes Mellitus, n (%)	52 (59,1)
Hipertansiyon, n (%)	26 (29,5)
Koroner Arter Hastalığı, n (%)	12 (13,6)
Kronik Böbrek Hastalığı, n (%)	7 (8,0)
Glukoz (mg/dL)	195,3 ± 96,1
Üre (mg/dL)	63,4 ± 57,1
Kreatinin (mg/dL)	1,46 ± 1,68
Total Protein (g/dL)	6,17 ± 0,89
Albümin (g/dL)	2,98 ± 0,58
CRP	21,6 ± 14,6
Lökosit (×10³/µL)	16,5 ± 6,8
Kalp Atım Hızı (atım/dk)	89,5 ± 15,6
LRINEC Skoru	5,0 ± 2,9
qSOFA Skoru	0,22 ± 0,47
Yoğun Bakım Gereksinimi, n (%)	26 (29,5)
Mortalite, n (%)	12 (13,6)

Tablo 2. Yoğun Bakım Gereksinimi Olan Ve Olmayan Hastaların Karşılaştırılması

DEĞİŞKENLER	**Yoğun Bakım (+) (n=26)**	**Yoğun Bakım (−) (n=62)**	**p**
Yaş (Yıl)	65,7 ± 14,4	59,6 ± 12,0	0,062
Diabetes Mellitus n (%)	16 (61,5)	36 (58,1)	0,762
Hipertansiyon n (%)	11 (42,3)	15 (24,2)	0,089
Glukoz (mg/dL)	230,2 ± 82,4	180,7 ± 98,3	**0,002**
Üre (mg/dL)	72,9 ± 50,2	59,4 ± 59,8	**0,049**
Kreatinin (mg/dL)	1,43 ± 0,93	1,48 ± 1,91	0,152
Total Protein (gr/dL)	5,65 ± 0,95	6,39 ± 0,78	**0,001**
Albümin (gr/dL)	2,60 ± 0,54	3,14 ± 0,52	**<0,001**
Lökosit (×10³/µl)	15,8 ± 7,7	16,8 ± 6,4	0,295
Hemoglobin (gr/dL)	12,2 ± 2,8	12,1 ± 2,6	0,540
Kalp Atım Hızı (Atım/Dk)	99,5 ± 19,1	85,3 ± 11,7	**0,001**
LRINEC Skoru	4,50 ± 2,72	5,18 ± 2,96	0,304
qSOFA Skoru	0,46 ± 0,58	0,11 ± 0,37	**0,001**
Mortalite, N (%)	9 (34,6)	3 (4,8)	**0,001**

SB-347) DENEYSEL KALSİYUM OKSALAT NEFROLİTİYAZİSİNDE RHUS CORİARİA MEYVE EKSTRAKTININ OKSİDATİF STRES VE RENAL HASAR ÜZERİNE MODÜLASYON YOLUYLA KORUYUCU ETKİLERİ

MUSTAFA KEMAL KOÇ(1) BEDREDDİN KALYENCİ(2) FERHAT ÇOBAN(3)

1. adıyaman eğitim ve araştırma hastahanesi
2. adıyaman üniversitesi
3. ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ

Bu çalışmada, Rhus coriaria meyve ekstraktının deneysel kalsiyum oksalat nefrolitiyazisi modelinde oksidatif stres ve renal hasar üzerindeki etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Toplam 42 erişkin erkek Sprague-Dawley sıçan rastgele yedi deney grubuna ayrıldı (n=6/grup): kontrol, etilen glikol (EG), EG + potasyum sitrat, sumak 250 mg/kg, sumak 500 mg/kg, EG + sumak 250 mg/kg ve EG + sumak 500 mg/kg.

Deneysel nefrolitiyazis, 28 gün boyunca içme suyuna %1 etilen glikol eklenerek oluşturuldu. Potasyum sitrat ve Rhus coriaria ekstraktı günlük olarak oral gavaj yoluyla uygulandı.

Sumak ekstraktının fitokimyasal karakterizasyonu HPLC-DAD yöntemi ile gerçekleştirildi ve gallik asidin baskın bileşen olduğu saptandı.

Deney sonunda serum, idrar ve böbrek dokuları toplandı. Oksidatif stres parametreleri olarak total antioksidan durum (TAS), total oksidan durum (TOS), süperoksit dismutaz (SOD), katalaz (CAT) ve malondialdehid (MDA) değerlendirildi. Serum biyokimyasal analizlerinde kreatinin, üre ve elektrolitler ölçülürken, idrarda taş oluşumu ile ilişkili metabolik parametreler incelendi.

Histopatolojik değerlendirmede tübüler dilatasyon, inflamasyon ve kristal birikimi yarı kantitatif olarak analiz edildi. İmmünohistokimyasal incelemede KIM-1 ve osteopontin (OPN) ekspresyonları değerlendirildi.

BULGULAR

EG grubunda belirgin oksidatif stres gelişmiş; TAS azalırken TOS ve MDA artmış, SOD ve CAT aktiviteleri baskılanmıştır.

Rhus coriaria tedavisi oksidatif dengeyi iyileştirmiş, TAS, SOD ve CAT düzeylerini artırırken TOS ve MDA'yı azaltmıştır.

İdrar analizlerinde artmış oksalat ve kalsiyum düzeyleri tedavi ile azalmış; histopatolojik olarak kristal birikimi ve tübüler hasar gerilemiştir.

OPN ekspresyonu azalırken, KIM-1'de anlamlı değişiklik saptanmamıştır.

SONUÇ

Bu deneysel çalışma, Rhus coriaria meyve ekstraktının etilen glikol ile oluşturulan kalsiyum oksalat nefrolitiyazisine karşı anlamlı koruyucu etkiler gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu etkiler; oksidatif stresin azaltılması, antioksidan savunma sistemlerinin güçlendirilmesi, üriner litojenik faktörlerin azaltılması, renal kristal birikiminin baskılanması, tübülointerstisyel hasarın hafifletilmesi ve osteopontin ekspresyonunun azaltılması gibi çoklu mekanizmalar aracılığıyla gerçekleşmektedir.

Zengin fitokimyasal içeriği, özellikle yüksek gallik asit düzeyi göz önüne alındığında, Rhus coriaria kalsiyum oksalat taş hastalığının önlenmesinde umut verici doğal bir tedavi adayıdır. Ancak bu bulgular güçlü deneysel kanıtlar sunmakla birlikte, insan nefrolitiyazisinde etkinlik ve güvenliğin ortaya konulabilmesi için ileri farmakolojik araştırmalar ve iyi tasarlanmış klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Compound	Linear range (ppm)	Retention time (min)	Detection wavelength (nm)	Calibration equation	R^2	Amount in extract (mg/g, mean ± SD)	Gallic acid
5–125	5.672	260	y = 36.553x + 35.54	0.9998	24.3470 ± 0.0122	Protocatechuic acid	1–50
9.718	260	y = 120.2x - 4.6366	0.9999	0.3368 ± 0.0112	Ellagic acid	1–50	32.261
260	y = 187.43x - 542.92	0.9984	0.8112 ± 0.0239				

Tablo %70 etanolik Rhus coriaria ekstraktının HPLC-DAD yöntemi ile fitokimyasal karakterizasyonu

SB-348) FOURNİER GANGRENİNDE HASTANE İÇİ MORTALİTENİN ÖNGÖRÜLMESİNDE ÜNAL SKORUNUN PROGNOSTİK DEĞERİ

ABDULKADİR BACAK(1) HAKKICAN YUVAK(1) ALİ ORDU(1) MUHAMMED HANİFİ ORÇAN(1) NACİ BURAK ÇINAR(1) İBRAHİM ERKUT AVCI(1) ÖNDER KARA(1)

1. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI, KOCAELİ

AMAÇ

Fournier gangreni (FG), hızlı ilerleyen ve yüksek mortalite oranlarıyla seyreden nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonudur. Erken dönemde yüksek riskli hastaların belirlenmesi, uygun tedavi stratejisinin planlanması ve prognozun iyileştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada, metabolik, enflamatuvar ve nutrisyonel durumu birlikte yansıtan yeni bir biyobelirteç olan Üre × Nötrofil / Albumin × Lenfosit (ÜNAL) skorunun Fournier gangreni hastalarında hastane içi mortaliteyi öngörmedeki prognostik değerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2008–Aralık 2025 tarihleri arasında Fournier gangreni tanısıyla tedavi edilen 182 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Çalışma popülasyonunun demografik özellikleri, komorbiditeleri ve başvuru anındaki laboratuvar parametreleri değerlendirildi. Başvuru laboratuvar verileri kullanılarak ÜNAL skoru hesaplandı. Hastalar hastane içi mortalite gelişen ve gelişmeyen gruplar arasında karşılaştırıldı. Birincil sonlanım noktası hastane içi mortaliteydi. ÜNAL skorunun bağımsız öngörücü değeri lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Ayırt edici performans ROC eğrisi analizi ile belirlendi.

BULGULAR

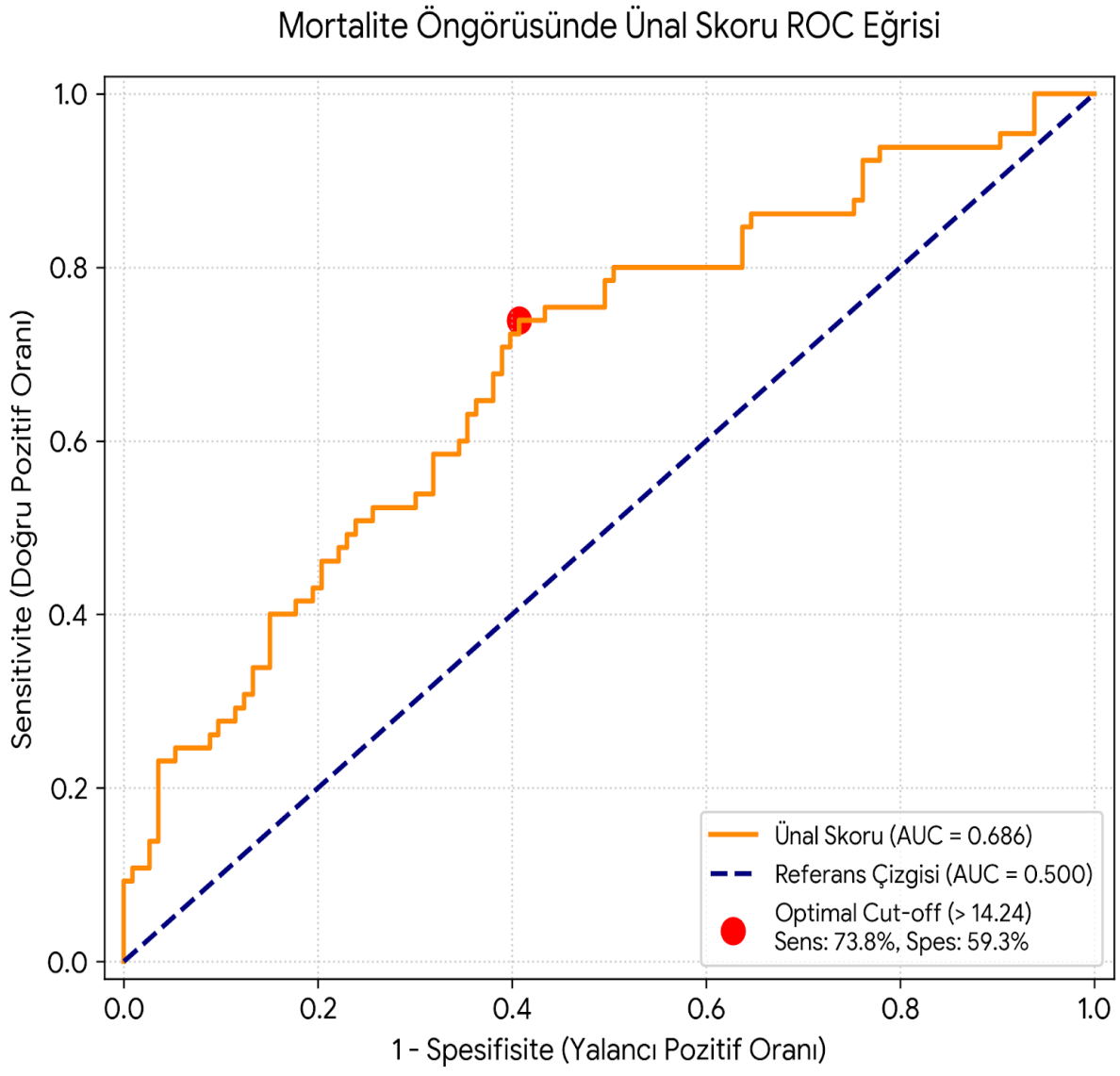
Çalışmaya dahil edilen 182 hastanın 66'sında (%36,3) hastane içi mortalite gelişti. Hastane içi mortalite gelişen hastalarda ÜNAL skoru, mortalite gelişmeyen hastalara kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti (30,66 vs. 10,4; p<0,001). Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde ÜNAL skoru hastane içi mortalitenin anlamlı bir öngördürücüsü olarak saptandı (OR=1.011, %95 GA: 1.005–1.018; p=0.001). ROC analizinde ÜNAL skorunun hastane içi mortaliteyi öngörmede anlamlı ayırt edici performans gösterdiği saptandı (AUC: 0,686; %95 GA: 0,604–0,768; p<0,001). Hastane içi mortalitenin öngörülmesi için optimal eşik değer 14,24 olarak belirlendi.

SONUÇ

ÜNAL skoru, Fournier gangreni hastalarında hastane içi mortalitenin öngörülmesinde anlamlı prognostik performans gösteren, rutin laboratuvar parametrelerinden kolaylıkla hesaplanabilen yeni bir kompozit biyobelirteçtir. Düşük maliyeti, kolay uygulanabilirliği ve objektif yapısı sayesinde klinik risk sınıflandırmasında kullanılabilecek pratik bir prognostik araç olma potansiyeline sahiptir.

-	(n=182)
Yaş (yıl), ortalama ± SS	61.0 ± 14.7
Cinsiyet	-
Kadın, n (%)	22 (% 12.1)
Erkek, n (%)	160 (% 87.9)
VKİ (kg/m²), ortalama ± SS	28.0 ± 6.6
DM, n (%)	100 (% 54.9)
HT, n (%)	74 (% 40.7)
KBH, n (%)	25(% 13.7)
KAH, n (%)	21 (% 11.5)
Malignite, n (%)	17(% 9.3)
Üre , ortalama ± SS	59.3 ± 42.3
Nötrofil, ortalama ± SS	12.1 ± 8.4
Albumin, ortalama ± SS	28.6 ± 8.3
Lenfosit, ortalama ± SS	1.3 ± 0.9
ÜNAL , ortalama ± SS	45.9 ± 100.7
Mortalite, n (%)	66(% 36.3)

Fournier gangreni olgularının demografik ve klinik özellikleri



SB-349) YÜKSEK DERECELİ KÜNT RENAL TRAVMADA NEFREKTOMİ Mİ? KONSERVATİF YAKLAŞIM MI? MULTİTRAVMATİK HASTADA BAŞARILI KONSERVATİF YÖNETİM

FATİH SEVGİ(1) MURAT ŞARLAVUK(1) YUSUF KILINÇ(1) ERDAL BENLİ(1) MEVLÜT KELEŞ(1)

1. ORDU ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Renal travmaların büyük kısmını künt travmalar oluşturmaktadır. Güncel kılavuzlar hemodinamik olarak yüksek dereceli yaralanmalarda dahi hemodinami stabilse konservatif yaklaşımı önermektedir. Ancak eşlik eden çoklu organ yaralanmaları ve açık yumuşak doku defektleri tedavi kararını güçleştirebilmektedir. Bu çalışmada, yüksek dereceli renal travması olan multitravmatik hasta sunulmuş ve literatür eşliğinde tartışılmıştır. Bu sayede yüksek dereceli renal travmalarında konservatif yönetimin önemine dikkat çekmek amaçlanmaktadır

GEREÇ-YÖNTEM

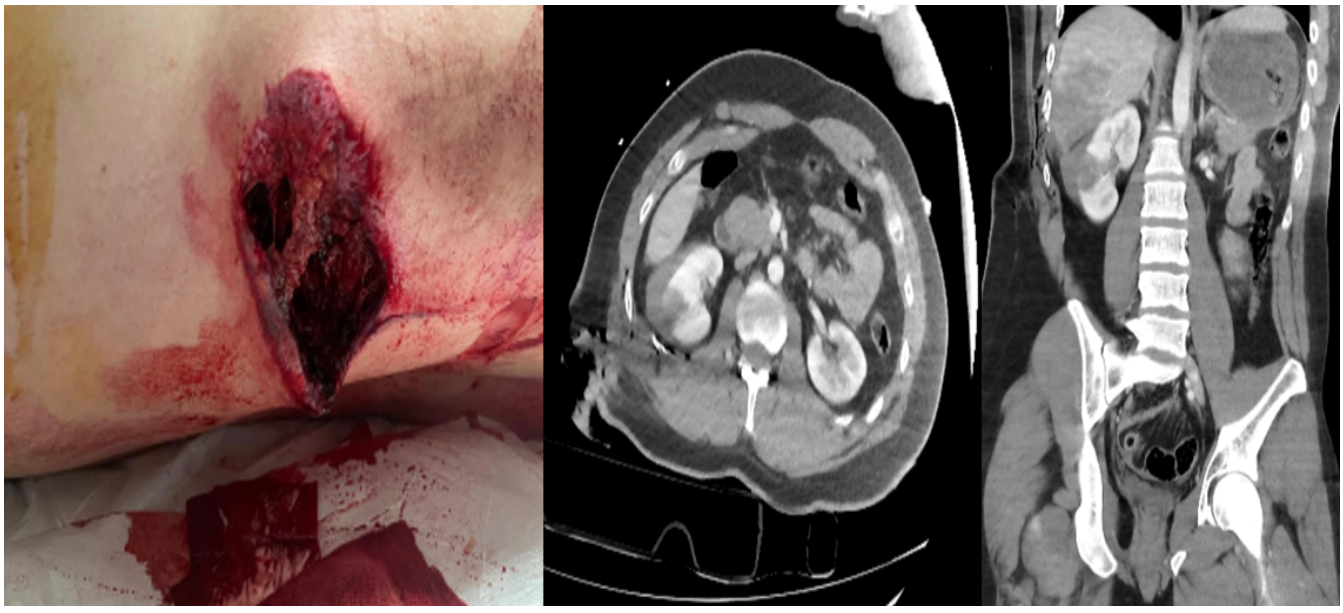
24 yaş erkek hasta motosiklet kazası sonrası acil servise getirildi. Başvuru sırasında makroskopik hematürisi bulunan hastanın vital bulguları stabildi. Özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde sağ lomber bölgede yaklaşık 10-12 cm uzunluğunda açık yara defekti izlendi.
Kontrastlı bilgisayarlı tomografide sağ böbrekte grade IV renal yaralanma ile uyumlu yaklaşık 3,5 cm uzunluğunda, toplayıcı sisteme ulaşan parankimal hasar saptandı. Böbrek hilusunda vasküler yaralanma izlenmedi. BT ürografide üriner ekstravazasyon saptanmadı ve bilateral üreterlerden mesaneye kontrast geçişinin devam ettiği görüldü. Eşlik eden yaralanmalar arasında grade II karaciğer laserasyonu, sağ akciğer alt lobda minimal pnömotoraks, pulmoner kontüzyon ve sağ 9., 10. ve 11. kosta fraktürleri mevcuttu.

BULGULAR

Hasta yoğun bakım ünitesinde yakın hemodinamik takip, seri hemogram kontrolleri, hidrasyon, analjezi ve antibiyoterapi ile konservatif olarak izlendi. Başvuru hemoglobin değeri 14,4 g/dL iken takiplerde en düşük 9,7 g/dL olarak ölçüldü. Başlangıçta hemogram düşüşü ve hipotansiyon gelişmesine rağmen IV hidrasyon ve semptomatik tedaviye yanıt alındı. Hasta hemodinamik olarak stabil hale geldikten sonra konservatif tedaviye devam edildi. Hemodinamik instabilite gelişmedi ve cerrahi ya da endovasküler girişim gereksinimi olmadı. Takip görüntülemelerinde perirenal hematomda progresyon veya üriner ekstravazasyon izlenmedi. Makroskopik hematüri tamamen geriledi ve böbrek fonksiyonları normal sınırlarda seyretti.
Sağ lomber bölgedeki açık yara günlük debridman ve pansumanlarla takip edildi. Travmanın üçüncü gününde yara yatağının uygun hale gelmesi üzerine hasta operasyona alınarak debridman ve primer yara onarımı uygulandı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Hasta gerekli bilgilendirme sonrası elektif poliklinik kontrolüne çağırılarak taburcu edildi.

SONUÇ

Çalışmamızda, yüksek dereceli renal travmaya eşlik eden karaciğer yaralanması, pnömotoraks, çoklu kosta fraktürleri ve açık lomber yara defektine rağmen konservatif tedaviyle böbrek fonksiyonları korunmuş, cerrahi veya anjiyoembolizasyon gereksinimi olmadan başarılı klinik sonuç elde edilmiştir. Böylece uygun hastalarda, konservatif tedaviyle organ koruyucu yaklaşım, hastaları gereksiz tedavilerden ve tedaviye bağlı olası komplikasyonlardan koruyabileceği akılda tutulmalıdır.



SB-351) NEKROTİZAN FASİİT SONRASI GELİŞEN NADİR VESİKOKÜTANÖZ FİSTÜL: OLGU SUNUMU

AKIN AYAZ(1) ERDAL BENLİ(1) AHMET ANIL ACET(1) KAAN MERT YİĞİT(1) SELİM ALTUNTAŞ(1) AYHAN ARSLAN(1) ABDULLAH ÇIRAKOĞLU(1)

1. ORDU ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Vesikokütanöz fistül (VKF), mesane ile cilt arasında gelişen fistüle bağlı idrarın ciltten dışarı aktığı oldukça nadir görülen bir tablodur. En sık nedenleri pelvik cerrahi, travma, radyoterapi, malignite ve kronik enfeksiyonlardır. Nekrotizan fasiit sonrasında gelişen vesikokütanöz fistül literatürde oldukça sınırlı sayıda bildirilmiştir. Bu çalışmada alt batında gelişen nekrotizan fasiit sonrası vesikokütanöz fistül vakası sunulmuş ve bu konuya dikkat çekilmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM

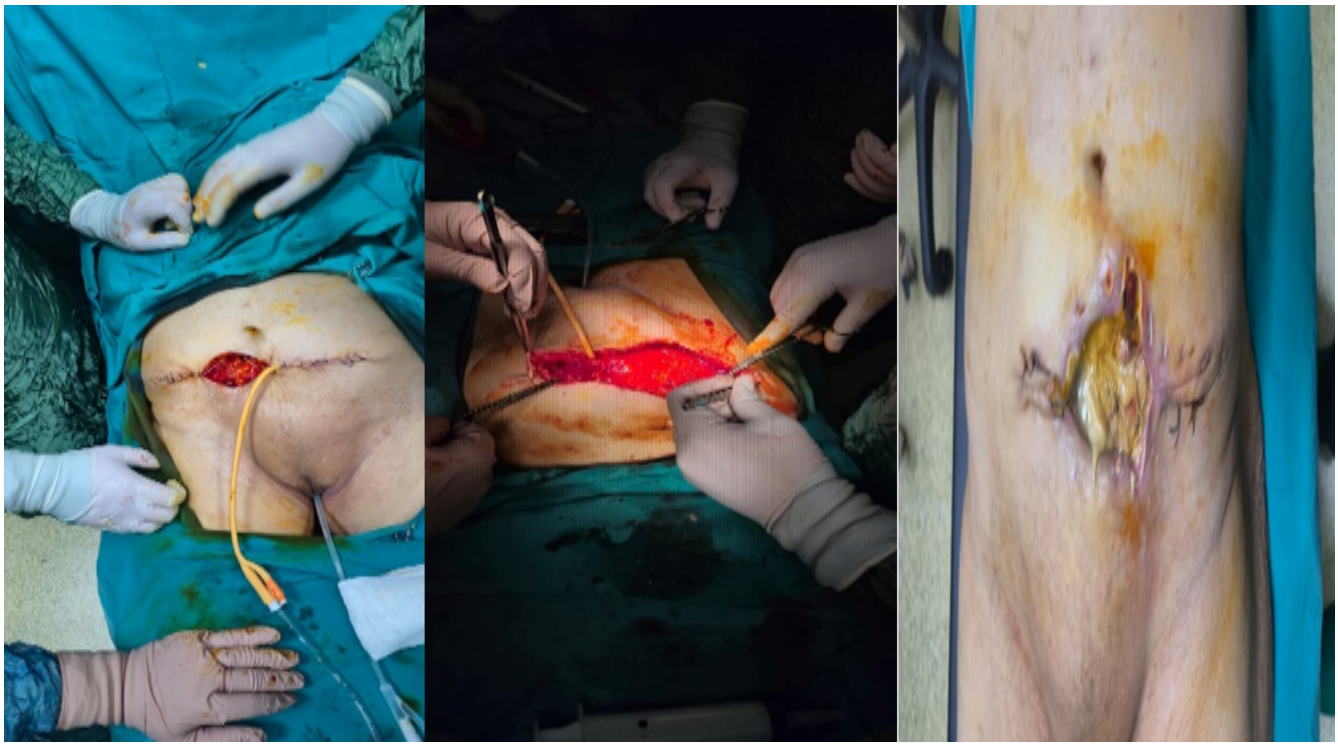
61 yaş kadın hasta yaklaşık bir ay önce dış merkezde batın ön duvarında gelişen nekrotizan fasiit nedeniyle opere edilmişti. Daha sonra persistan yara akıntısı nedeniyle kliniğimize refere edildi. Fizik muayenede suprapubik bölgede yaklaşık 20 cm uzunluğunda sütüre edilmiş, akıntılı ve ödemli kızarık yara hattı mevcuttu.

BULGULAR

Sol trokanterik bölgede daha önce opere edilmiş enfekte yara alanı izlendi. Ayrıca sağ diz altı amputasyonu mevcut ve yatağa bağımlı, genel özbakımı belirgin derecede kötüydü ve özgeçmişinde diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalık ve periferik vasküler hastalık öyküsü mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde enfeksiyon bulguları vardı (WBC: 10.6 x10^3/µ L, CRP: 189 mg/L , Hgb: 7.8 g/dl, Kreatinin: 0.44mg/dL).Kontrastlı BT incelemesinde batın ön duvarında, mesane anterior komşuluğunda 120×45 mm boyutunda hava seviyeleri içeren koleksiyon alanı izlendi. Koleksiyon ile mesane arasında yer yer sınır kaybı bulunması nedeniyle mesane ile ilişkili fistül düşünüldü. Hastaya yapılan BT sistografide mesaneden yara hattına doğru kontrast ekstravazasyonu izlendi ve intraperitoneal kaçak saptanmadı. Hastaya fleksibl sistoskopi yapıldı (Mesane posterior duvar-kubbe bileşkesinde çevresi ödemli ve hiperemik sinüs traktı izlendi). İşlem sırasında verilen serum fizyolojik suprapubik yara hattında izlendi. Sinüs traktına gönderilen guide telin enfekte suprapubik yaradan çıktığı görülerek fistül traktı doğrulandı. Guide üzerinden mesaneye 16 F suprapubik sistostomi kateteri yerleştirildi. Ayrıca 18 F üretral kateter takıldı. Suprapubik nekrotik dokular debride edildi ve yara tamamen kapatılmadı. Patolojik ve mikrobiyolojik inceleme amacıyla doku örnekleri alındı. Yara alanı rifampisin ve gentamisin ile temizlendi. Postoperatif dönemde hastanın genel durumu stabil seyretti. Sistostomi ve üretral sonda ile idrarın yara hattına sızması önlendi. Suprapubik yara için vac (Negatif Basınçlı Yara Tedavisi) kullanıldı. Yara yerinde iyileşme sonrası sitostomi kateteri alınarak sekonder kapatma planlandı. Hasta takiplerinde sorun olmadı.

SONUÇ

Literatürde suprapubik nekrotizan fasiit sonrası gelişen vezikokutanöz fistül vakası oldukça nadirdir. Şüpheli vakalarda yara yerindeki sıvı akıntısı akılda tutulmalıdır. Literatürde aktif enfeksiyon varlığında primer onarım yerine öncelikle enfeksiyon kontrolü, nekrotik dokuların debridmanı ve üriner diversiyon önerilmektedir. Olgumuzda da suprapubik sistostomi ve üretral kateterizasyon ile çift yönlü üriner drenaj sağlanmış, eş zamanlı debridman uygulanmıştır. Çalışmamızda nekrotizan fasiit sonrası atlanan, vezikokutanöz fistül vakası sunuldu. Suprapubik bölgede fasiite eşlik eden akıntılarda fistül olasılığı akılda olmalıdır. Bu akıntı yaraya bağlı seröz akıntı ile karıştırılmamalıdır. BT sistografi/VCUG ve sistoskopi yüksek tanı değerine sahiptir. Fistül tanısı, yara iyileşmesinde önemli olan üriner diversiyon ve yara iyileşme sürecinde önemlidir.



SB-352) FOURNİER GANGRENİNDE MORTALİTE ÖNGÖRÜSÜNDE FOURNİER GANGRENİ ŞİDDET İNDEKSİ, PAN-IMMUNE-INFLAMMATİON VALUE VE NÖTROFİL-LENFOSİT ORANININ KARŞILAŞTIRILMASI

UFUK BOZKURT(1) MUHAMMED CEMRE CEVRİN(1) SALİH BÜRLUKKARA(1) ÖZER BARAN(1)

1. KARABÜK ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ

Fournier Gangreni, perine ve genital bölgenin hızlı ilerleyen nekrotizan fasiiti olup yüksek mortalite ile seyreden ürolojik acillerden biridir. Erken dönemde mortalite riskinin doğru öngörülmesi, uygun tedavi stratejisinin belirlenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Bu çalışmada, Fournier gangreni tanısı ile takip edilen hastalarda mortaliteyi öngörmede Fournier Gangreni Şiddet İndeksi (FGSI) ile Pan-Immune-Inflammation Value (PIV) ve nötrofil-lenfosit oranının (NLR) prognostik değerinin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif çalışmaya, Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2015–2025 yılları arasında Fournier gangreni tanısı ile takip edilen toplam 47 hasta dahil edildi. Hastalar hastane içi mortalite durumuna göre eksitus (Grup.1) ve taburcu edilenler (Grup.2) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Demografik veriler ve laboratuvar parametreleri kaydedilerek karşılaştırıldı. Sürekli değişkenler medyan (minimum–maksimum) olarak sunuldu ve gruplar arasında Mann–Whitney U testi ile karşılaştırıldı. FGSI, PIV ve NLR'nin mortaliteyi öngörmedeki performansı ROC analizi ile değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya 47 erkek hasta dahil edildi. Hastaların yaş medyanı Grup 1'de 60 (43–89) yıl, Grup 2'de ise 73 (53–80) yıl olarak saptandı. Hastaların 6'sı (%12,7) eksitus olurken, 41'i (%87,3) taburcu edildi.
Komorbidite verilerine ulaşılabilen 40 hastada en sık eşlik eden komorbidite diyabetes mellitus olup 28 hastada (%70) mevcuttu. Diyabetes mellitus olmayan 12 hastanın 5'inde (%41,7) parapleji saptandı.
FGSI, NLR ve PIV değerleri Grup 1'de sırasıyla 3 (0–11), 12,64 (0,98–53,66) ve 2414 (94–11541) iken Grup 2'de sırasıyla 9 (6–14), 27,11 (15,45–40,89) ve 6156 (2064–29164) olarak bulundu. Grup 1 ve Grup 2 arasında FGSI, NLR ve PIV değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (sırasıyla p=0,002; p=0,004; p=0,017).
Yaş ve hastanede yatış süresi açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi.(sırasıyla p=0,053; p=0,20)
ROC analizinde mortaliteyi öngörmede en yüksek ayırt edici güce sahip parametre FGSI idi (AUC: 0,932); bunu NLR (AUC: 0,826) ve PIV (AUC: 0,748) izledi.

SONUÇ

FGSI mortaliteyi öngörmede en yüksek tanısal performansı göstermiştir. NLR ve özellikle literatürde sınırlı sayıda çalışmada değerlendirilen PIV, rutin laboratuvar parametrelerinden kolaylıkla hesaplanabilmeleri nedeniyle Fournier gangreninde klinik risk sınıflandırmasında tamamlayıcı inflamatuvar biyobelirteçler olarak kullanılabilir. Özellikle PIV için standardize eşik değerlerin belirlenmesi amacıyla daha geniş örneklemli, çok merkezli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

-	Grup 1 (n=41, %87,3)	Grup 2 (n:6, %12,7)	P	FGSI	3 (0-11) *	9 (6-14) **	0,002
NLR	12,64 (0,98-53,66)	27,11 (15,45-40,89)	0,004	PIV	2414 (94-11541)	6156 (2064-29164)	0,017
Yaş	60 (43-89)	73 (53-80)	0,053	Cinsiyet	Erkek (%100)	Erkek(%100)	-
Yatış Süresi (Gün)	32 (8-85)	38 (18-52)	0,208				

SB-354) HALP SCORE IS INDEPENDENTLY ASSOCIATED WITH UROLITHIASIS BUT NOT RECURRENCE: A MULTICENTER STUDY

MİRAÇ ATAMAN(1) ERDAL YILMAZ(2) MEHMET EMİN ATAMAN(3) FATİH BAL(4) EMİN GÜRTAN(5) ERCAN YUVANÇ(2)

1. 1 Department of Urology, Siirt Training and Research Hospital, Siirt, Turkiye
2. Department of Urology, Kırıkkale University Faculty of Medicine, Kırıkkale, Türkiye
3. Department of Urology, Kırıkkale University Faculty of Medicine
4. Department of Urology, Kırıkkale High Specialization Hospital, Kırıkkale, Türkiye
5. Department of Urology, Sincan Training and Research Hospital, Ankara, Türkiye

AMAÇ
Objective: To investigate the relationship between the hemoglobin, albumin, lymphocyte, and platelet (HALP) score and urolithiasis and to determine whether the HALP score is associated with recurrent stone disease.

GEREÇ-YÖNTEM
Materials and Methods: This retrospective multicenter case-control study included 268 participants: 100 patients with incident urolithiasis, 85 patients with recurrent urolithiasis, and 83 healthy controls. Demographic data and routine laboratory parameters were retrieved from hospital records. HALP score was calculated using hemoglobin, albumin, lymphocyte, and platelet values. Stone characteristics were assessed by non-contrast computed tomography. Group comparisons, subgroup analyses, receiver operating characteristic (ROC) analysis, and multivariable logistic regression analyses were performed.

BULGULAR
Results: HALP scores were significantly lower in patients with incident and recurrent urolithiasis compared with controls (p=0.001). However, no significant difference was found between incident and recurrent stone formers. Among women, patients with recurrent stones had lower HALP scores than both controls and incident stone patients (p=0.003). HALP score was not significantly associated with age, stone location, stone volume, or stone density. ROC analysis showed a modest ability of HALP score to distinguish patients with urolithiasis from controls (AUC: 0.652; 95% confidence interval [CI]: 0.585–0.719). Multivariable logistic regression analysis demonstrated that HALP score was independently associated with the presence of urolithiasis (odds ratio [OR]: 0.981; 95% CI: 0.970–0.992; p=0.001), whereas no independent association was observed for recurrent stone disease (OR: 0.991; 95% CI: 0.979–1.003; p=0.136).

SONUÇ
Conclusions: Lower HALP scores were independently associated with the presence of urolithiasis, but the HALP score did not predict recurrent stone disease. Further prospective studies are needed to clarify the potential clinical value of HALP score in stone disease.

Group	n	HALP Score (Mean ± SD)
Control	83	70.57 ± 22.87?
Incident urolithiasis	100	61.66 ± 25.91??
Recurrent urolithiasis	85	56.34 ± 27.32?
ANOVA p-value:	-	0.001

Table 1: Comparison of HALP scores among control, incident, and recurrent urolithiasis groups

SB-355) MAKROSKOPİK HEMATÜRİ İLE ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE ERİTROSİT TRANSFÜZYONU GEREKSİNİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN RETROSPEKTİF ANALİZİ

MUSTAFA OZAN ATAÇER(1) GÖKTAN ALPTUĞ ÖZ(2)

1. eşme devlet hastanesi, üroloji kliniği, UŞAK
2. dörtyol devlet hastanesi, üroloji kliniği, hatay

AMAÇ

Makroskopik hematüri üroloji pratiği acil servis başvurularında önemli bir yere sahip olup Benign Prostat Hiperplazisi (BPH), üriner sistem taş hastalıkları gibi benign nedenlerden üriner sistem kanserleri gibi malign nedenlere kadar geniş bir etiyolojik yelpazeye sahiptir. Bu çalışmada acil servise makroskopik hematüri ile başvuran hastaların demografik özellikleri, hematüri etiyolojileri, antitrombotik tedavi kullanımı ve laboratuvar bulguları incelenerek eritrosit transfüzyonu gereksinimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Makroskopik hematüri nedeniyle Ocak 2024-Temmuz 2026 tarihleri arasında acil servise başvuran hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, acil servis başvuru anındaki hemoglobin, INR, Trombosit(PLT) sayısı, Nötrofil/Lenfosit Oranı(NLR) ve Trombosit/Lenfosit Oranı(PLR), hematüri etiyolojisi, antitrombotik tedavi kullanımı, eritrosit transfüzyonu gereksinimi ve acil cerrahi gereksinimleri değerlendirildi.
Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler sayı ve yüzde [n (%)] olarak ifade edildi. Kategorik değişkenler Ki-kare testi ile, laboratuvar parametreleri ise Tek yönlü varyans analizi (One-way ANOVA) ile karşılaştırıldı. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen toplam 80 hastanın demografik verileri Tablo 1'de ayrıntılı olarak verildi.
Hastaların 19'unda (%23,8) eritrosit transfüzyonu uygulanırken, 61'inde (%76,2) eritrosit transfüzyon gereksinimi olmadı. Üriner sistem maligniteleri makroskopik hematürinin en sık etiyolojik nedeni olarak saptandı. Eritrosit transfüzyonu gereksinimi ile hematüri etiyolojisi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,01$). Antitrombotik tedavi kullanımı da eritrosit transfüzyonu gereksinimi ile anlamlı düzeyde ilişkiliydi ($p<0,05$). Ayrıca cinsiyet faktörünün eritrosit transfüzyon gereksiniminde anlamlı olduğu ve erkek hastalarda eritrosit transfüzyonu gereksiniminin daha fazla olduğu saptandı ($p<0,01$). NLR ve PLR değerleri açısından etiyolojik gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Makroskopik hematüri ile başvuran hastalarda transfüzyon ihtiyacını etkileyen faktörler Tablo 2'de ayrıntılı olarak verildi.
Acil servise başvuran hastaların üçünde üretral kateterizasyon başarısızlığı, birinde ise kateterizasyon ve mesane irrigasyonuna rağmen masif hematürinin devam etmesi üzerine toplam 4 hastada (%5) acil endoskopik cerrahi girişim uygulandı.

SONUÇ

Makroskopik hematüri nedeniyle acil servise başvuran hastalarda üriner sistem maligniteleri en sık etiyolojik neden olarak saptanmıştır. Antitrombotik tedavi kullanımı ve malign etiyoloji, eritrosit transfüzyonu gereksinimi ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Bu nedenle, acil serviste başvuru sırasında yapılacak erken risk sınıflandırması, eritrosit transfüzyonu gereksinimi yüksek hastaların erken belirlenmesine ve uygun klinik yönetimin planlanmasına katkı sağlayabilir.

Tablo 1. Hastaların Demografik Verileri

Yaş	67,7±0,5
Cinsiyet	
Erkek	58
Kadın	22
Etiyoloji	
Taş	12
Enfeksiyon	10
Benign Prostat Hiperplazisi	17
Malignite	35
Travma	6
Laboratuvar	
Hemoglobin (g/dL)	11,8±0,7 g/dL
INR	1,3±0,6
Trombosit Sayısı (x10⁹/L)	330,3±58,7 x10⁹/L
Nötrofil/Lenfosit Oranı (NLR)	7,6±3,4
Trombosit/Lenfosit Oranı (PLR)	342,9±18,1
Eritrosit Transfüzyonu	
Var	19
Yok	61
Antitrombotik Tedavi	
Yok	18
Antiagregan	22
Antikoagülan	29
Kombine	11

Tablo 2. Makroskopik Hematüri ile Başvuran Hastalarda Transfüzyon İhtiyacını Etkileyen Faktörler

			p değeri
Eritrosit Transfüzyonu			
	Etiyoloji	Taş (n=12) Enfeksiyon (n=10) Benign Prostat Hiperplazisi (n=17) Malignite (n=35) Travma (n=6)	**<0,01**
	Antitrombotik Tedavi	Yok (n=18) Antiagregan (n=22) Antikoagülan (n=29) Kombine (n=11)	**<0,05**
	Trombosit/Lenfosit Oranı	342,9±18,1	0,74
	Nötrofil/Lenfosit Oranı	7,6±3,4	0,10
	Cinsiyet	Erkek (n=58) Kadın (n=22)	**<0,01**

SB-356) SPONTAN SKROTAL VARİS KANAMASI

ENGİN DEREKÖYLÜ(1) BAYRAM GÖKÇE ARAS(1) UĞUR AYDIN(1) YAREN ARAS(1)

1. MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AMAÇ
Spontan skrotal varis kanaması, yüzeyel skrotal venlerin rüptürüne bağlı gelişen ve literatürde oldukça nadir bildirilen bir ürolojik acildir. Bu olgu sunumunda, masif anemiye neden olan spontan skrotal varis kanamasının tanı, tedavi ve klinik seyrinin sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Elli yedi yaşında, diyabetes mellitus ve sol alt ekstremite derin ven trombozu öyküsü bulunan, klopidogrel kullanan erkek hasta, son bir haftadır aralıklı skrotal kanama şikâyeti ile acil servise başvurdu. Travma veya geçirilmiş skrotal cerrahi öyküsü bulunmamaktaydı. Fizik muayenede skrotal cilt üzerinde genişlemiş yüzeyel bir venden aktif kanama saptandı. İlk aşamada lokal kompresyon uygulanmasına rağmen kanamanın devam etmesi üzerine lokal anestezi altında kanayan yüzeyel ven sütür ligasyonu ile bağlandı. Hastaya eritrosit süspansiyonu transfüzyonu uygulandı. Etiyolojiyi değerlendirmek amacıyla skrotal Doppler ultrasonografi yapıldı ve hasta klinik olarak takip edildi.

BULGULAR
Hastanın hemoglobin düzeyinin bir hafta içerisinde 11,8 g/dL'den 6,5 g/dL'ye düştüğü saptandı. Skrotal Doppler ultrasonografide bilateral testiküler perfüzyonun normal olduğu, özellikle solda yüzeyel tortiyöz venöz yapılar dışında ek patoloji bulunmadığı görüldü. Cerrahi ligasyon sonrası kanama tamamen kontrol altına alındı. Hastaya 1 ünite eritrosit süspansiyonu transfüzyonu yapıldı. İzlem sürecinde erken veya geç dönem komplikasyon ya da yeniden kanama gözlenmedi.

SONUÇ
Spontan yüzeyel skrotal varis kanaması, akut skrotal kanamanın nadir ancak klinik olarak önemli nedenlerinden biridir ve ciddi kan kaybına yol açabilir. Özellikle antitrombotik tedavi kullanan veya venöz hastalık öyküsü bulunan hastalarda ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Lokal kompresyonun yetersiz kaldığı olgularda cerrahi ligasyon güvenli ve etkili bir tedavi seçeneğidir. Erken tanı ve zamanında cerrahi müdahale ile başarılı klinik sonuçlar elde edilebilir.





SS-357) POST-VARİKOSELEKTOMİ DİRENÇLİ KRONİK SKROTAL AĞRI TEDAVİSİNDE OBLİKUS EKSTERNUS ABDOMİNİS KASI KİNEZYO BANTLAMA TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ

MESUT BERKAN DURAN(1) MELTEM GÜNEŞ AKINCI(2)

1. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROLOJİ ANABİLİMDALI
2. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

AMAÇ

Varikoselektomi sonrası hastaların %2-10'unda cerrahi nüks, hidrosel veya spermatik kord nevraljilerine bağlı persistan skrotal ağrı gelişebilmektedir. Bu hastaların bir kısmında ağrı, abdominal bölgedeki kas gruplarının miyofasial tetik noktalarından ve kas spazmlarından yansıyan ağrı şeklinde görülmektedir. Çalışmada, muayenesinde oblikus eksternus abdominis kasında tetik noktası veya spazmı saptanan post-varikoselektomi kronik skrotal ağrılı hastalarda uyguladığımız kinezyo bantlama (KB) monoterapisinin takip sonuçlarını özetlemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2022 - Ocak 2026 tarihleri arasında post-varikoselektomi kronik skrotal ağrısı (>3 ay) nedeniyle takip edilen hastaların verileri retrospektif incelendi. Doppler USG ile cerrahi nüks/hidrosel saptanmayan, geleneksel medikal tedaviye yanıtsız, inguinal palpasyonda veya abdominal muayenede oblikus eksternus abdominis kası üzerinde aktif tetik noktası saptanan 21 erkek hasta çalışmaya dahil edildi. Haftada iki olmak üzere toplam 16 seans oblikus eksternus abdominise kas tekniği (stimülasyon) ile KB uygulandı. Hastaların bazal (tedavi öncesi) ve tedavi sonrası 2. ay kontrollerindeki ağrı seviyeleri Nümerik Derecelendirme Ölçeği (NRS: 0-10) ile; medikal analjezik/nöropatik ilaç kullanım durumları ise karşılaştırmalı olarak analiz edildi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 21 hastanın (Ortalama yaş: 29.4, dağılım: 19-38) varikoselektomi sonrası persistan ağrı süresi ortalama 13.5 aydı. Ağrı hastaların %71.4'ünde (n=15/21) tek taraflı, %28.6'sında (n=6/21) iki taraflı yerleşimdi. Medyan NRS ağrı skoru bazalde 6.8 iken, tedavi sonrası 2. ay kontrolünde 5.4'e gerileyerek istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir değişim gösterdi (p=0.034). İkinci ayın sonunda hastaların %19.0'unda (n=4/21) toplam skorda klinik olarak fark edilebilir düşüş saptandı (p=0.042). İkinci ay kontrolünde tam ağrı rezolüsyonu (NRS=0) bildiren hasta saptanmadı. Yapılan alt grup analizinde, klinik yanıt gözlenen 4 hastanın dağılımı incelendiğinde; ağrı süresi <6 ay olan olguların %33.3'ünde (n=2/6) klinik yanıt saptanırken, ağrı süresi >6 ay olan olgularda bu oran %13.3 (n=2/15) olarak bulundu (p=0.180). Tedavi öncesinde hastaların %76.2'si (n=16/21) günlük düzenli analjezik/nöropatik ilaç kullanırken, 2. ayda bu oran %57.1'e (n=12/21) geriledi (p=0.280). Takiplerde hafif lokal cilt reaksiyonu dışında majör bir komplikasyon izlenmedi.

SONUÇ

Takip analizleri, tek başına oblikus eksternus abdominis kasına KB uygulamasının ağrı skorlarında çok yüksek bir başarı sağlamasa da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir iyileşme yaptığını göstermektedir. Sonuç olarak; dirençli post-varikoselektomi kronik skrotal ağrısında tek başına oblikus eksternus abdominis kasına KB uygulaması; hastalarda tam bir kür sağlamasa da invaziv işlemlerden kaçınan ve medikal tedaviye ek destek arayan hastalar için semptom yükünü hafifletmeye yardımcı, güvenilir bir alternatif destek modeli olarak değerlendirilebilir.

SB-358) İDİYOPATİK KRONİK SKROTAL AĞRI YÖNETİMİNDE SPERMATİK KORD BLOKAJI: LOKAL ANESTEZİK VE STEROİD KOMBİNASYONUNUN İKİ MERKEZLİ KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

NECATİ EKİCİ(1) İSMAİL EYÜP DİLEK(2)

1. SİİRT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
2. KAHTA DEVLET HASTANESİ

AMAÇ

İdiyopatik kronik skrotal ağrı (İKSA), üroloji pratiğinde sık karşılaşılan ve medikal tedaviye dirençli zorlu bir klinik durumdur. Bu çalışmanın amacı, non-steroid anti-inflamatuar ilaç (NSAİİ) tedavisine dirençli İKSA hastalarında uygulanan spermatik kord blokajında, lidokain ve bupivakain kombinasyonuna betametazon (Diprospan) eklenmesinin 1. ve 3. ay ağrı skorları üzerindeki etkinliğini iki merkezli verilerle karşılaştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Nisan 2025 ile Temmuz 2026 tarihleri arasında, skrotal renkli doppler ultrasonografi ve fizik muayene ile açıklanabilir organik bir patoloji saptanmayan ve NSAİİ tedavisine yanıtsız olan toplam 20 hasta retrospektif olarak tarandı. Her iki merkezde de enjeksiyon işlemi standart bir teknikle; spermatik kordun yüksek skrotal seviyede baş ve işaret parmağı arasında palpe edilip sabitlenmesi yöntemiyle gerçekleştirildi. Hastalar iki gruba ayrıldı: Kahta Devlet Hastanesi'nde takip edilen 12 hastaya lidokain, bupivakain ve steroid (Diprospan) karışımı ile blokaj yapılırken (Grup 1); Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde takip edilen 8 hastaya yalnızca lidokain ve bupivakain karışımı uygulandı (Grup 2). Hastaların demografik verileri (yaş), işlem öncesi, 1. ay ve 3. ay Vizüel Analog Skala (VAS) ağrı skorları kaydedilerek iki grup arasında karşılaştırıldı. Gruplar arası karşılaştırmalarda sürekli değişkenler için bağımsız örneklem t testi, ordinal VAS skorları için Mann-Whitney U testi kullanıldı; $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 43,65 ± 16,98 yıl olup, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,463). İşlem öncesi ortalama VAS skorları Grup 1'de 5,8 ± 1,7, Grup 2'de 5,1 ± 1,8 olarak bulundu; başlangıç ağrı düzeyleri açısından iki grup benzer özellikteydi (p=0,457).Birinci ay kontrolünde mutlak VAS skorları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmasa da (Grup 1: 2,5 ± 0,9; Grup 2: 3,1 ± 1,5; p=0,492), başlangıca göre elde edilen ağrı azalma miktarı (?VAS) Grup 1'de (3,3 ± 1,2 puan) Grup 2'ye (2,0 ± 1,1 puan) kıyasla anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0,036).Üçüncü ay kontrolünde ise hem mutlak VAS skorları (Grup 1: 4,9 ± 1,4; Grup 2: 4,6 ± 1,5; p=0,692) hem de başlangıca göre ağrı azalma miktarı (Grup 1: 0,8 ± 0,8; Grup 2: 0,5 ± 0,5; p=0,425) açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı; bu da 1. ayda steroid grubu lehine gözlenen üstünlüğün orta vadede kaybolduğunu göstermektedir.Komplikasyon açısından değerlendirildiğinde, yalnızca Grup 2'deki 1 hastada (%12,5) minör düzeyde lokal cilt irritasyonu gelişirken, gruplar arası komplikasyon oranları açısından istatistiksel olarak fark saptanmadı (p=0,400). Her iki grupta da majör bir komplikasyon izlenmemiştir.

SONUÇ

Yüksek skrotal spermatik kord blokajı, etkili ve güvenilir bir minimal invaziv yöntemdir. Lokal anestezik karışımına steroid eklenmesi, 1. aydaki ağrı azalma miktarında istatistiksel olarak anlamlı bir üstünlük sağlamış (p=0,036); ancak bu üstünlük 3. aydaki orta dönem takiplerde kaybolmuş ve iki grup arasında anlamlı fark izlenmemiştir (p=0,425). İşlem her iki formda da yüksek güvenlik profiline sahip olup, küçük örneklem büyüklüğü çalışmanın en önemli kısıtlılığıdır; bulguların daha geniş, prospektif ve randomize kontrollü çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

-	Grup 1 (n=12)	Grup 2 (n=8)	p değeri
Yaş (yıl, ort. ± SS)	46,0 ± 16,5	40,1 ± 18,2	0,463
İşlem öncesi VAS	5,8 ± 1,7	5,1 ± 1,8	0,457
1. Ay VAS	2,5 ± 0,9	3,1 ± 1,5	0,492
3. Ay VAS	4,9 ± 1,4	4,6 ± 1,5	0,692
VAS (Başlangıç–1. Ay azalma)	3,3 ± 1,2	2,0 ± 1,1	0,036
VAS (Başlangıç–3. Ay azalma)	0,8 ± 0,8	0,5 ± 0,5	0,425
Komplikasyon , n (%)	0 (%0)	1 (%12,5)	0,400

vas skorlarının karşılaştırılması

SB-359) SANAL GERÇEKLİK DESTEKLİ TABURCULUK EĞİTİMİNİN PROSTATEKTOMİ HASTALARINDA TABURCULUĞA HAZIR OLUŞA ETKİSİ

BÜŞRA ŞAHİN(1) HİLAL ÜLKÜ(2) GÖKHAN ŞAHİN(3)

1. AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
2. AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ AYDIN MESLEK YÜKSEKOKULU
3. AYDIN ŞEHİR HASTANESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ

AMAÇ

Prostatektomi uygulanan hastalarda, ASSURE öğretim modeline göre geliştirilen sanal gerçeklik destekli taburculuk eğitiminin taburculuğa hazır oluş üzerine etkisini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu randomize kontrollü çalışmaya Mayıs-Kasım 2024 tarihleri arasında prostatektomi uygulanan 68 hasta dahil edildi. Hastalar bilgisayar destekli randomizasyon ile girişim (n=34) ve kontrol (n=34) gruplarına ayrıldı. Girişim grubuna ameliyattan iki saat önce sanal gerçeklik gözlüğü kullanılarak ASSURE öğretim modeline dayalı standart taburculuk eğitimi verildi. Kontrol grubu rutin taburculuk eğitimi aldı. Taburculuğa hazır oluş, Taburculuğa Hazır Oluş Ölçeği Kısa Formu ile ameliyat öncesinde ve taburculuk öncesinde değerlendirildi. Veriler iki yönlü karma varyans analizi ile analiz edildi.

BULGULAR

Tüm hastalar çalışmayı tamamladı. Başlangıçta gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Kontrol grubunda Taburculuğa Hazır Oluş Ölçeği puanı 3,44±0,52'den 6,48±0,46'ya yükselirken, girişim grubunda 3,36±0,48'den 7,95±0,41'e yükseldi. Zaman etkisi anlamlıydı ($F(1,66)=2565,68$; $p<0,001$). Zaman × grup etkileşimi de anlamlı bulundu ($F(1,66)=107,23$; $p<0,001$; $?p^2=0,619$). Girişim grubunda taburculuğa hazır oluş düzeyindeki artış kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti. Gruplar arasındaki son test farkının etki büyüklüğü yüksekti (Cohen's d=3,36).

SONUÇ

ASSURE öğretim modeline göre hazırlanan sanal gerçeklik destekli taburculuk eğitimi, prostatektomi hastalarında taburculuğa hazır oluşu rutin eğitime göre anlamlı düzeyde artırmıştır. Bu yöntemin ürolojik cerrahi hastalarında taburculuk eğitiminin etkinliğini artırmak amacıyla klinik uygulamalarda kullanılabileceği düşünülmektedir.

SB-360) ÜROLOJİDE YAPAY ZEKA ÇALIŞMALARINDA EN SIK YAPILAN METODOLOJİK HATALAR

FERHAT ÇOBAN

ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESI, ÜROLOJİ ANABİLİM DALI

GİRİŞ VE AMAÇ

Yapay zekâ (YZ) ve makine öğrenmesi algoritmaları, son yıllarda ürolojide tanı, prognoz ve tedavi sonuçlarının öngörülmesine yönelik çalışmalarda giderek daha yaygın kullanılmaktadır. Prostat kanserinde manyetik rezonans görüntüleme değerlendirmesi, böbrek tümörlerinde risk sınıflandırması, üriner sistem taş hastalığında cerrahi sonuçların tahmini ve robotik cerrahi performansının analizi gibi birçok alanda YZ uygulamaları dikkat çekmektedir. Ancak literatürdeki hızlı büyümeye rağmen, yayımlanan modellerin önemli bir kısmı gerçek klinik ortamda beklenen performansı gösterememektedir. Bu sunumun amacı, ürolojide yapay zekâ araştırmalarında en sık karşılaşılan metodolojik hataları özetlemektir.

TEMEL METODOLOJİK SORUNLAR

En sık sorunlardan biri küçük ve temsil gücü sınırlı veri setlerinin kullanılmasıdır. Tek merkezli çalışmalar ve dengesiz sınıf dağılımları, model performansının olduğundan yüksek görünmesine neden olabilir. İkinci önemli problem veri sızıntısıdır. Aynı hastaya ait verilerin eğitim ve test kümelerinde bulunması veya ön işleme adımlarının veri ayrımından önce yapılması, performans ölçümlerini yapay olarak artırır. Üçüncü sorun harici doğrulama eksikliğidir. Bir merkezde başarılı olan modelin farklı hasta gruplarında aynı başarıyı göstermesi beklenemez. Performans ölçütlerinin yanlış kullanımı da yaygın bir hatadır. Özellikle dengesiz veri setlerinde yalnızca doğruluk veya ROC-AUC değerlerinin raporlanması yanıltıcı olabilir. Duyarlılık, özgüllük, F1 skoru ve kalibrasyon analizleri birlikte değerlendirilmelidir. Aşırı öğrenme (overfitting), karmaşık modellerin eğitim verilerine aşırı uyum göstermesi sonucu ortaya çıkar ve bağımsız veri setlerinde performans kaybına yol açar. Ayrıca seçim yanlılığı ve karıştırıcı değişkenlerin yetersiz kontrolü, modellerin gerçek biyolojik ilişkiler yerine veri setine özgü örüntüleri öğrenmesine neden olabilir. Son olarak veri ön işleme süreçleri, hiperparametre seçimleri ve doğrulama stratejilerinin yetersiz raporlanması çalışmaların yeniden üretilebilirliğini azaltmaktadır.

SONUÇ

Ürolojide yapay zekânın klinik uygulamaya güvenilir biçimde aktarılması yalnızca yüksek performanslı algoritmalar geliştirilmesine bağlı değildir. Veri kalitesinin artırılması, veri sızıntısının önlenmesi, aşırı öğrenmenin kontrol edilmesi, bağımsız harici doğrulama yapılması ve uygun performans ölçütlerinin kullanılması temel gerekliliklerdir. TRIPOD-AI, CONSORT-AI, SPIRIT-AI ve CLAIM gibi uluslararası raporlama standartları metodolojik kaliteyi artırabilir. Gelecekte temel hedef, yüksek doğruluk gösteren modeller geliştirmekten çok, farklı klinik ortamlarda güvenle kullanılabilecek ve klinik karar süreçlerine ölçülebilir katkı sağlayabilecek sistemler üretmektir.

KAYNAKLAR

1. Collins GS, Moons KGM, Dhiman P, et al. TRIPOD+AI statement: updated guidance for reporting clinical prediction models that use regression or machine learning methods. BMJ. 2024;385:e078378. doi:10.1136/bmj-2023-078378.
2. Liu X, Cruz Rivera S, Moher D, et al. Reporting guidelines for clinical trial reports for interventions involving artificial intelligence: the CONSORT-AI extension. Nat Med. 2020;26(9):1364-1374. doi:10.1038/s41591-020-1034-x.
3. Cruz Rivera S, Liu X, Chan AW, et al. Guidelines for clinical trial protocols for interventions involving artificial intelligence: the SPIRIT-AI extension. Nat Med. 2020;26(9):1351-1363. doi:10.1038/s41591-020-1037-7.
4. Mongan J, Moy L, Kahn CE Jr. Checklist for Artificial Intelligence in Medical Imaging (CLAIM): A Guide for Authors and Reviewers. Radiol Artif Intell. 2020;2(2):e200029. doi:10.1148/ryai.2020200029.
5. Liu X, Faes L, Kale AU, et al. A comparison of deep learning performance against health-care professionals in detecting diseases from medical imaging: a systematic review and meta-analysis. Lancet Digit Health. 2019;1(6):e271-e297. doi:10.1016/S2589-7500(19)30123-2.

ÜCD DERNEK SEKRETARYASI VE KONGRE OFİSİ

2010 Ürolojik Cerrahi Derneği

Angora Cad. Mutlukent Mah. 2007.sok
Vadikent 90 sit. No:41 Beysukent/ Ankara
Tel: 0 312 236 18 55 E-posta: ucd@dernekyonetimi.tr
www.urolojikcerrahidernegi.org

ORGANİZASYON SEKRETARYASI

INVICTUS
TURİZM KONGRE ve ORGANİZASYON

19 Mayıs Mah. Halaskargazi Cad. T. Cemal Sk.
Cumhuriyet Apt. No:7 D:1, 34360 Şişli / İstanbul
Tel: 0 212 230 78 68 Faks: 0 212 234 78 68
E-posta: ucd@invictuscongress.org

ucd2026.org

